



Universitat de Lleida

Estudi dels perfils de personalitat dels estudiants de medicina en relació a variables sociodemogràfiques: evolució durant els estudis i entre el període 1999 - 2014

Esther Amorós Galitó

<http://hdl.handle.net/10803/384616>

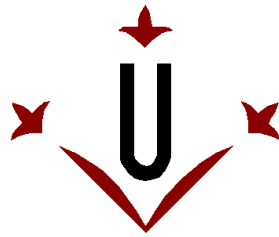
ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

Universitat de Lleida

Tesi Doctoral



**Estudi dels perfils de personalitat dels estudiants de
medicina en relació a variables sociodemogràfiques.**

Evolució durant els estudis i entre el període 1999 – 2014.

Autora: Esther Amorós Galitó

Directors:

Montserrat Esquerda Aresté

Josep Pifarré Paredero

Joan Prat Corominas

AGRAÏMENTS

Aquesta tesi doctoral ha estat possible gràcies al suport i acompanyament de moltes persones a les quals vull agrair el seu recolzament.

En primer lloc, al Dr. Viñas que era el director del programa de doctorat de Cirurgia d'Urgències on vaig començar aquest camí. Ell va ser qui em va embranchar en aquest projecte i qui va anar presentant-me part dels companys de viatge, anunciant-los que jo era com el "Guadiana que ara apareix, ara desapareix" .

Al Dr. Joan Prat que des d'un començament va confiar en mi i que sempre ha estat allí, disposat a oferir la seva orientació i col·laboració.

A l'Anna Maria amb qui he compartit tot el treball de camp, les angoixes, els mals de cap i que se'ns dubte, ha estat qui m'ha anat estirant fins arribar aquí. Sense el seu acompanyament i la seva força motriu això no hagués estat possible.

A la Dra. Montserrat Esquerda que va ser qui va creure en el projecte i la feina recollida i que ha estirat de l'Anna Maria i de mi fins arribar a port. Gràcies per totes les hores dedicades. Gràcies per haver-me fet confiança sense tenir cap vinculació prèvia.

Al Dr. Josep Pifarré que, generosament, va acceptar la codirecció del treball i que sempre m'ha adreçat paraules d'ànim i encoratjament.

Al Joan Marc Dolcet, pel seu assessorament i la seva ajuda en les qüestions tècniques de psicologia i correcció del test de personalitat.

Als professors que ens van cedir les hores de classe per passar els qüestionaris als estudiants. I als estudiants, els autèntics protagonistes d'aquest treball, a qui vam demanar part del seu temps i generosament ens el van cedir.

A la Cèlia i la Mònica, les bibliotecàries de l'IMLC (Institut de Medicina Legal de Catalunya) que tan diligentment m'han ajudat a aconseguir la bibliografia necessària per dur a terme el treball.

A la Núria Planes, filòloga i amiga sempre disposada a supervisar el treball i ajudar en allò que faci falta.

Als meus amics de tota la vida i als meus amics de la feina que no anomenaré per no deixar-me'n cap. A tots ells gràcies per escoltar les angoixes, els rotllos i entendre les meves absències.

Finalment, a la meva família. En primer lloc a la meva mare a qui tantes hores de companyia ha pres aquesta tesi, però que ella ha entomat en silenci i resignació. A ella i al meu pare vull agrair-los haver-me transmès la voluntat d'esforç, la constància, la il·lusió pels reptes i tots aquells valors que m'han ajudat a superar les dificultats que m'he trobat a la vida. Tenien molt clar que donar formació als fills era la millor herència que ens podien deixar.

A la Maria, el Carles i l'Alexandra, els meus fills a qui també he pres temps de dedicació i que des de la seva discreció han respectat el meu treball i m'han encoratjat a tirar-lo endavant.

I al Sisco, puntal de la meva vida, que ha patit tots els meus mals moments i desànim, però que sempre has estat al meu costat, en silenci, donant-me suport. Gràcies.

RESUM

L'estudi es centra en els estudiants de medicina de la UdL en el període de temps de 1999 a 2014, període en què s'ha produït un canvi del pla d'estudis.

L'objectiu era conèixer els perfils de personalitat dels estudiants, les seves dades sociodemogràfiques, les vinculacions familiars amb les ciències de la salut, les motivacions i l'època que han pres la decisió de voler ser metges, el seu bagatge i experiències personals que han tingut abans de començar la carrera respecte de la malaltia, minusvalideses i voluntariat.

Per a l'estudi de la personalitat s'ha utilitzat el qüestionari NEO-PI-R. S'ha analitzat la possible relació existent entre les diferents variables sociodemogràfiques i entre aquestes variables i els perfils de personalitat.

S'han trobat diferències significatives entre gèneres, tant pel que fa a la personalitat com a antecedents. També s'ha trobat que el perfil de personalitat dels estudiants del Pla 93 mostra diferències significatives amb els del Pla Bologna, congruents amb els perfils de personalitat descrits en la literatura com els estudiants del Mil·lenni, però també poden tenir a veure amb el contingut del pla d'estudis.

RESUMEN

El estudio se centra en los estudiantes de medicina de la UdL en el periodo de tiempo de 1999 a 2014, periodo durante el cual se produjo un cambio de plan de estudios.

El objetivo era conocer los perfiles de personalidad de los estudiantes, sus datos sociodemográficos, las vinculaciones familiares con las ciencias de la salud, las motivaciones y la época en que han tomado la decisión de querer ser médicos, su bagaje y experiencias personales vividas antes de empezar la carrera respecto de la enfermedad, minusvalías y voluntariado.

Para el estudio de la personalidad se ha utilizado el cuestionario NEO-PI-R. Se ha estudiado la posible relación entre las diferentes variables sociodemográficas y entre estas variables y los perfiles de personalidad.

Se han encontrado diferencias significativas entre géneros, tanto respecto a la personalidad como a antecedentes. También se ha encontrado que el perfil de personalidad de los estudiantes del Plan 93 muestra diferencias significativas con el de los del Plan Bologna, congruentes con los perfiles de personalidad descritos en la literatura como los estudiantes del Milenio, pero también pueden tener que ver con el contenido del plan de estudios.

ABSTRACT

The study focuses on the Medical Students of UdL in the time frame between 1999 and 2014, a period in which a change of the study programme has been produced.

The aim was to analyse the personality profiles of the students, their socio-demographic data, the family links with Medicine and Health Sciences, their motivations, the period of time when they decided to become a doctor, their knowledge and the personal experiences that they had before starting their degree with respect to illness, disability and social workers. In this study we searched the possible relationship between the different socio-demographic variables and also between these variables and the personality profiles.

For the study of personality the questionnaire NEO-PI-R has been used and we have found significant differences between lineages regarding personality as well as predecessors.

We discovered that the personality profile of students of the Study Programme 93 shows significant differences with those of the Bologna Programme; congruent with the personality profiles described in the literature as students of the Millennium, but it can also refer to the Study Programme contents.

ÍNDEX

	Pàgina
1. INTRODUCCIÓ:	13
1.1. L'educació mèdica en el context sociocultural actual	19
1.1.1. Canvis en la societat i el seu impacte en l'àmbit educatiu	19
1.1.2. Estudiants del mil·lenni	23
1.2. Aspectes acadèmics:	27
1.2.1. Selecció dels estudiants	27
1.2.2. Procés de selecció: les notes de tall de selectivitat per a l'entrada a les facultats de medicina	29
1.2.3. Indicadors de la titulació del Grau de Medicina de la UdL	32
1.2.4. Titulació amb un alt component vocacional	34
1.2.5. Socialització dels estudiants de medicina	36
1.2.6. Currículums	39
1.2.7. Pla d'estudis	41
1.3. Personalitat	49
1.3.1. Trets de personalitat	49
1.3.2. Model dels cinc factors	53
1.3.3. Qüestionari de personalitat: NEO-PI-R	58
1.3.4. Estabilitat de la personalitat	63
1.3.5. Diferències en els perfils de personalitat dels estudiants de medicina	66
1.3.6. Diferències de personalitat entre gèneres	68
1.3.7. Personalitat i èxit acadèmic	70
1.3.8. Personalitat i interès per especialitats	74
2. INVESTIGACIÓ	79
2.1. Justificació	81
2.2. Hipòtesis	83

	Pàgina
2.3.	Objectius 85
2.3.1	Objectius generals 85
2.3.	Objectius específics 85
2.4.	Metodologia 87
2.4.1.	Descripció de l'estudi 87
2.4.2.	Subjectes i mostreig 91
2.4.3.	Criteris d'inclusió 92
2.4.4.	Criteris d'exclusió 92
2.4.5.	Descripció de les variables 93
2.4.6.	Tractament – anàlisi de dades 103
2.4.7.	Descripció de la mostra 104
2.5.	Resultats 129
2.5.1.	Anàlisi descriptiva 129
2.5.2.	Anàlisi comparativa 132
2.6.	Discussió 173
2.7.	Limitacions 197
2.8.	Propostes de futur 199
2.9.	Conclusions 201
3.	REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES 205
4.	ANNEXOS 215
4.1.	ANNEX 1. Qüestionari sociodemogràfic 217
4.2.	ANNEX 2. Inventari de Personalitat NEO-PI-R 219
4.3.	ANNEX 3. Carta de presentació de les investigadores als estudiants 227
4.4.	ANNEX 4. Permís de la UdL 229
4.5.	ANNEX 5. Objectius del Grau de Medicina de la UdL 231
4.6.	ANNEX 6. Competències del Grau de Medicina de la UdL 235

TAULES I FIGURES

Núm. Taula	Títol	Pàgina
Taula 1.	Evolució de les notes d'accés	29
Taula 2.	Taxa de rendiment per nota d'accés	33
Taula 3.	Matèries troncal del Pla d'Estudis 93 (Real Decret 1417/1990).	43
Taula 4.	Mòduls segons l'Ordre ECI/332/2008	47
Taula 5.	Distribució d'alumnes matriculats a la Facultat de Medicina de la UdL per anys d'enquesta i curs	88
Taula 6.	Distribució d'alumnes per anys d'enquesta i curs	91
Taula 7.	Relació de variables personals	94
Taula 8.	Relació de variables referides a la medicina	98
Taula 9.	Relació de variables referides a l'altruisme	100
Taula 10.	Relació de variables referides a la salut	101
Taula 11.	Relació de variables referides a la personalitat	102
Taula 12.	Estadístics descriptius de les escales del NEO-PI-R en la mostra estudiada	129
Taula 13.	Estadístics descriptius de les escales del NEO-PI-R en la mostra d'estudiants del Pla 93	136
Taula 14.	Estadístics descriptius de les escales del NEO-PI-R en la mostra d'estudiants del Pla Bologna	137
Taula 15.	Facetes del NEO-PI-R en què els estudiants del Pla Bologna puntuen més alt que els del Pla 93	139
Taula 16.	Puntuacions comparatives de l'estudi de De Miguel Negredo amb estudiants universitaris de les Illes Canàries i la mostra d'estudiants de medicina de la UdL	185
Taula 17.	Estadístics comparatius dels tres grups de la mostra (global, Pla 93 i Pla Bologna)	191

Núm. Taula	Títol	Pàgina
Taula 18.	Facetes del NEO-PI-R en les quals significativament els estudiants del Pla bologna puntuen més alt que els del Pla 93	192

Núm. Figura	Títol	Pàgina
Figura 1.	Estudiantat nou per via d'accés	32
Figura 2.	Estudiantat nou per nota d'accés	32
Figura 3.	Taxa de rendiment de la UdL	33
Figura 4.	Diagrama del procés de recollida d'enquestes	89
Figura 5.	Distribució dels estudiants participants per gènere.	104
Figura 6.	Distribució per edat dels estudiants	105
Figura 7.	Distribució per cursos	105
Figura 8.	Distribució per anys de la mostra	106
Figura 9.	Distribució segons pla d'estudis	106
Figura 10.	Distribució de procedència de residència familiar	107
Figura 11.	Distribució de residència durant el curs escolar	108
Figura 12.	Distribució de dependència econòmica	109
Figura 13.	Distribució de treball propi	109
Figura 14.	Distribució de beca ministeri	110
Figura 15.	Distribució d'ajuda pares /tutors	110
Figura 16.	Distribució de vacances familiars dels estudiants de medicina	111
Figura 17.	Distribució dels estudiants segons les escoles de procedència	112
Figura 18.	Distribució de professió del pare	114
Figura 19.	Distribució de professió de la mare	114
Figura 20.	Distribució de familiar metge	114
Figura 21.	Distribució de relació familiar metge dels estudiants	114
Figura 22.	Distribució de familiar infermer	115

Núm. Figura	Títol	Pàgina
Figura 23.	Distribució de relació familiar infermer dels estudiants	115
Figura 24.	Distribució amic infància que estudia medicina	116
Figura 25.	Distribució de si estudiar a la UdL era la primera opció	116
Figura 26.	Distribució de l'època de la vida que decideix estudiar medicina	117
Figura 27.	Distribució de si han rebut influències per estudiar medicina	118
Figura 28.	Distribució de qui han rebut influències per estudiar medicina	118
Figura 29.	Especialitat que li agradaria exercir	119
Figura 30.	Distribució de si les pràctiques li han fet canviar l'elecció	121
Figura 31.	Distribució del perquè les pràctiques li han fet canviar l'elecció	121
Figura 32.	Distribució del perquè les pràctiques li han fet canviar l'elecció	122
Figura 33.	Distribució de les rotacions que els faltaven per fer	122
Figura 34.	Distribució d'haver fet tasques de voluntariat	123
Figura 35.	Distribució d'haver fet tasques de voluntariat amb malalts	123
Figura 36.	Distribució del nivell de satisfacció del voluntariat amb malalts	123
Figura 37.	Distribució de si els agradaria fer tasques de voluntariat	123
Figura 38.	Distribució de la creença de gaudir de bona salut	124
Figura 39.	Distribució de l'experiència de malaltia greu o minusvalidesa pròpia	124
Figura 40.	Distribució de l'experiència de malaltia greu o minusvalidesa en familiars propers	125
Figura 41.	Distribució de l'experiència de malaltia greu o minusvalidesa en amics	125
Figura 42.	Distribució de l'estada a l'hospital per intervenció	126

Núm. Figura	Títol	Pàgina
Figura 43.	Distribució de l'estada a l'hospital per malaltia	126
Figura 44.	Distribució de la visita a familiars o amics malalts	127
Figura 45.	Distribució de l'escala N en la mostra	130
Figura 46.	Distribució de l'escala E en la mostra	130
Figura 47.	Distribució de l'escala O en la mostra	131
Figura 48.	Distribució de l'escala A en la mostra	131
Figura 49.	Distribució de l'escala C en la mostra	131
Figura 50.	Antecedents de familiars metges a la família segons el gènere	132
Figura 51.	Influències per estudiar medicina segons el gènere	133
Figura 52.	Especialitat que els agradaria exercir segons el gènere	133
Figura 53.	Ha fet tasques de voluntariat segons el gènere	134
Figura 54.	Habitualment va a veure familiars o amics malalts, segons gènere	135
Figura 55.	Visitar a familiars o amics malalts segons curs	135
Figura 56.	Escala d'Extraversió en relació al pla d'estudis	138
Figura 57.	Escala d'Amabilitat en relació al pla d'estudis	138
Figura 58.	Escala de Responsabilitat en relació al pla d'estudis	138
Figura 59.	On viuen durant el curs escolar segons pla d'estudis	140
Figura 60.	Amic de la infància que estudia medicina segons pla d'estudis	140
Figura 61.	Entra a la UdL en primera opció segons pla d'estudis	141
Figura 62.	Influències per estudiar medicina segons pla d'estudis	141
Figura 63.	De qui han rebut les influències per estudiar medicina	141

Núm. Figura	Títol	Pàgina
Figura 64.	Per què ha canviat l'elecció de l'especialitat que desitjaria fer segons el pla d'estudis	142
Figura 65.	On passen les vacances familiars segons pla d'estudis	142
Figura 66.	Treball propi segons pla d'estudis	143
Figura 67.	Centre on ha estudiat segons pla d'estudis	143
Figura 68.	On viu durant el curs escolar segons pla d'estudis	144
Figura 69.	On passen les vacances familiars segons si desfruten de beca del ministeri	145
Figura 70.	Centre on ha estudiat BUP/ESO/ Batxillerat segons si disfruten de beca del ministeri	145
Figura 71.	Residència familiar segons centre d'escolarització públic o privat	146
Figura 72.	Amic de la infància que estudia medicina segons centre d'escolarització privat o públic	147
Figura 73.	Època que decideix estudiar medicina segons centre d'escolarització privat o públic	147
Figura 74.	Influències per estudiar medicina segons antecedents de familiars metges	148
Figura 75.	Ha fet tasques de voluntariat segons els antecedents de familiars infermers	149
Figura 76.	Distribució de l'especialitat que els agradaria exercir en relació amb l'època que prenen la decisió d'estudiar medicina	149
Figura 77.	Distribució de tenir experiència de malaltia o minusvalidesa pròpia segons l'època que prenen la decisió d'estudiar medicina	150
Figura 78.	Distribució de l'especialitat que els agradaria exercir en relació a si ha fet tasques de voluntariat	151
Figura 79.	Distribució de l'experiència de malaltia o minusvalidesa greu pròpia segons si ha fet tasques de voluntariat	152
Figura 80.	Distribució de l'experiència de malaltia o minusvalidesa greu en familiars propers segons si ha fet tasques de voluntariat	152

Núm. Figura	Títol	Pàgina
Figura 81.	Distribució d'haver estat ingressat a l'hospital per malaltia segons si ha fet tasques de voluntariat	153
Figura 82.	Escales de NEO-PI-R amb diferències significatives respecte al gènere	154
Figura 83.	Facetes de la dimensió d'Extraversió amb diferències significatives respecte al gènere	155
Figura 84.	Facetes de la dimensió d'Obertura a l'experiència amb diferències significatives respecte al gènere	156
Figura 85.	Escala de Neuroticisme en relació a antecedents de familiars infermers	158
Figura 86.	Escala d'Amabilitat en relació a antecedents de familiars infermers	158
Figura 87.	Escala de Neuroticisme en relació a amic de la infància que estudia medicina	158
Figura 88.	Escala Obertura a l'experiència en relació a l'època que decideix estudiar medicina	159
Figura 89.	Escala Amabilitat en relació a l'època que decideix estudiar medicina	159
Figura 90.	Escala Obertura a l'experiència en relació a l'especialitat que li agradaria exercir	160
Figura 91.	Escala Amabilitat en relació a l'especialitat que li agradaria exercir	161
Figura 92.	Faceta N1 (PD-Ansietat) en relació a l'especialitat que li agradaria exercir	161
Figura 93.	Figura 94. Faceta E3 (Sociabilitat) en relació a l'especialitat que li agradaria exercir	162
Figura 94.	Faceta O3 (Sentiments) en relació a l'especialitat que li agradaria exercir	163
Figura 95.	Faceta O4 (Accions) en relació a l'especialitat que li agradaria exercir	164
Figura 96.	Faceta O5 (Idees) en relació a l'especialitat que li agradaria exercir	164

Núm. Figura	Títol	Pàgina
Figura 97.	Faceta O6 (Valors) en relació a l'especialitat que li agradaria exercir	165
Figura 98.	Escala de Neuroticisme en relació a haver fet tasques de voluntariat	165
Figura 99.	Escales E, O, A, C en relació a haver fet tasques de voluntariat	166
Figura 100.	Faceta O1 (Fantasia) en relació al curs	167
Figura 101.	Faceta O6 (Valors) en relació al curs	167
Figura 102.	Escales del NEO-PI-R per cursos en estudiants del Pla 93	168
Figura 103.	Escala de Neuroticisme per cursos en estudiants del Pla Bologna	169
Figura 104.	Facetes de Neuroticisme N3, N4, N5 per cursos en estudiants del Pla Bologna	170
Figura 105.	Facetes O6 (Valors) i C2 (Ordre) per cursos en estudiants del Pla Bologna	170
Figura 106.	Facetes C1 (Competència), C3 (complir el deure) i C6 (Aspiracions) per cursos en estudiants del Pla Bologna	171
Figura 107.	Facetes O2 (Estètica), A2 (Franquesa) per cursos en estudiants del Pla Bologna	172

ABREVIATURES

A	Amabilitat
ANECA	Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación
BOE	Boletín Oficial del Estado
BUP	Batxillerat Unificat Polivalent
C	Responsabilitat
CREAN	Cordialidad, Responsabilidad, Extroversion, Apertura y Neuroticismo
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
E	Extraversió
ECTS	Sistema Europeu de Transferència de Crèdits de formació
EEES	Espai Europeu d'Educació Superior (EHEA European Higher Education Area)
ENFP	Escala de Nivell de Funcionament de la Personalitat
ESO	Ensenyament Secundari Obligatori
FFM	Five Factor Models
FP	Formació Professional
IQ	Quocient Intel·lectual
N	Neuroticisme
NEO-PI- R	Inventari Personalitat- NEO (Neuroticisme, Extraversió, Obertura a l'experiència) Revisat
O	Obertura a l'experiència
OCEAN	Openness, Conscientiousness, Extraversion, Agreeableness and Neuroticism
PAUU	Proves d'Aptitud per Accés a la Universitat
16-PF	Qüestionari de 16 Factors de Personalitat de Cattell
RUCT	Registro de Universidades, Centros y Titulaciones
ZKPQ	Qüestionari de Personalitat de Zuckerman-Kuhlman

1. INTRODUCCIÓ

1. INTRODUCCIÓ

Esdevenir un bon metge és més que l'adquisició de coneixements mèdics i de competències científiques i tècniques. Un bon metge ha de ser, entre altres coses, curós, pacient, tenir control de les seves emocions especialment quan afronten situacions crítiques, ha de saber treballar en equip, ser empàtic amb els pacients, competent i guiar-se per l'ètica (Morrison, 2005).

Seria necessari seleccionar els millors candidats per a estudiar medicina, de manera que no tan sols tinguin èxit acadèmic sinó que a més arribin a ser uns bons professionals (Mueller, 2009) (Byszewski, Hendelman, McGuinty, & Moineau, 2012).

Tradicionalment, el currículum acadèmic s'ha utilitzat com a principal criteri de selecció, però altres països tenen en compte aspectes no cognitius tals com la personalitat, interessos, motivacions.

Nombrosos estudis estan centrats en el paper dels trets de personalitat dels estudiants de medicina i dels metges en el període de formació especialitzada (MIR), tant en relació a l'èxit durant la carrera, com en les actituds cap a determinats tipus d'aprenentatges, o com en l'elecció del camí professional posterior o l'especialitat (Lumsden, Bore, Millar, Jack, & Powis, 2005)(Morrison, 2005)(Doherty & Nugent, 2011) (Prideaux et al., 2011) (Molinuevo & Torrubia, 2013).

El present estudi fa un repàs de la bibliografia publicada en relació a la personalitat dels estudiants de medicina, les seves característiques, les diferències amb perfils de personalitat d'altres joves, d'estudiants d'altres carreres universitàries, els seus antecedents sociodemogràfics (tant pel que fa a característiques socioeconòmiques com familiars), els canvis que s'han produït en la societat i en la manera de relacionar-se les persones, els canvis generacionals que han tingut lloc durant el període estudiat, els canvis de pla d'estudi que hi ha hagut en adaptació a l'EEES i els diversos sistemes de selecció actuals en diferents països .

L'estudi se centra en els estudiants de medicina de la UdL en el període de temps de 1999 a 2014. L'objectiu era conèixer els perfils de personalitat dels estudiants que accedeixen a la titulació, les seves dades sociodemogràfiques, les vinculacions familiars amb les ciències de la salut, les motivacions que els han dut a fer la carrera de medicina, l'època que han pres la decisió de voler ser metges, el seu bagatge i experiències personals que han tingut abans de començar la carrera respecte de la malaltia, les minusvalideses i el voluntariat. I buscar la relació que hi podia haver entre les diferents variables sociodemogràfiques i entre aquestes variables i els perfils de personalitat.

Cal destacar que durant aquest període de temps s'ha produït un canvi del pla d'estudis per tal d'instaurar l'anomenat Pla Bologna, i per tant s'ha passat d'una Llicenciatura de Medicina a un Grau de Medicina. Disposar d'estudiants dels dos plans d'estudi ens ha permès poder comparar les dues poblacions, preBologna i Bologna i els efectes que pot haver tingut el programa de formació sobre els perfils psicològics dels estudiants.

El marc teòric de la tesi està estructurat en tres camps. Inicialment, centrat en els canvis que s'han produït en la societat en els últims anys i el seu impacte en l'àmbit educatiu. A continuació es fa una revisió des de la vessant acadèmica pel que fa al procés de formació de l'estudiant de medicina i dels canvis que s'han produït amb la implantació d'un nou pla d'estudis en adaptació a l'EEES, així com dels processos de selecció dels estudiants que se segueixen en altres països i del component vocacional que té aquesta titulació. Finalment, es fa una revisió de l'estudi de la personalitat, de la utilització del qüestionari NEO-PI-R en diversos estudis, de les diferències en els perfils de personalitat dels estudiants de medicina, diferències entre gèneres, relació del perfil de personalitat amb l'èxit acadèmic i amb l'interès per diferents especialitats.

1.1. L'EDUCACIÓ MÈDICA EN EL CONTEXT SOCIOCULTURAL ACTUAL

1.1.1. CANVIS EN LA SOCIETAT I EL SEU IMPACTE EN L'ÀMBIT EDUCATIU

Les contínues transformacions a què està sotmesa l'educació mèdica no sol es relacionen amb l'evolució tecnològica i social, o als avenços mèdics en general, sinó també amb el perfil demogràfic i la creixent diversitat socioeconòmica, cultural i ètnica d'estudiants i residents. Als centres formatius coexisteixen diferents generacions de metges, amb diferents valors i diferents estils d'aprenentatge i de treball. La personalitat i les característiques de la generació actual d'estudiants i residents vénen condicionades pel fet d'haver crescut en un món saturat d'imatges, ordinadors personals, internet i noves formes de comunicació interpersonal (Rodríguez de Castro, 2012).

L'explosiu increment no sol del volum de la informació, si no de l'accés a ella fa que s'hagi de repensar el paper de les universitats. Aprendre, per suposat, sempre ha estat fora de la instrucció formal a través de tot tipus d'interaccions, però el contingut informal i el potencial per aprendre d'avui en dia no té precedents. Les noves formes d'aprendre transcendeixen les aules de les universitats. Les noves generacions necessiten la capacitat de discriminar d'entre el munt d'informació al seu abast i extreure'n el coneixement que li serà necessari per a la pràctica clínica (Frenk et al., 2010).

L'enorme creixement d'internet li ha donat força, velocitat i versatilitat a les seves aplicacions: lectures *online*, ús del correu electrònic, *links* a recursos *online*. Internet suposa una plataforma global de coneixement que comporta un canvi des de la memorització de moltes dades a la localització dels requisits informatius per a la síntesi, anàlisi i presa de decisions. Les universitats ara han d'emfatitzar els seus esforços educacionals a donar eines per buscar, discriminar, interpretar, sintetitzar i fer bon ús de la informació per a la presa de decisions (Frenk et al., 2010).

La informàtica tant ha servit per facilitar el funcionament de nombrosos aparells com per fer cursos d'aprenentatge a distància anul·lant les barreres geogràfiques. L'efecte de l'aprenentatge electrònic (*e-learning*) ha estat revolucionari. Les tecnologies *online* permeten a l'usuari final triar “quan”, “on”, “què” i “com” vol rebre la informació (Howell, Servis, & Bonham, 2005).

La disponibilitat immediata d'una informació pràcticament il·limitada té un enorme potencial transformador, no sol del coneixement dels estudiants, sinó també de les seves relacions amb els professors, tutors i col·legues. La relació professor-alumne també s'ha vist transformada, la informació no flueix de dalt a baix, sinó que té un curs bidireccional. En un futur, cada generació oferirà habilitats complementàries que contribuiran a la formació de la resta de l'equip de treball amb l'objectiu de millorar la qualitat de l'assistència als pacients. En tot cas, sembla clar que, com subratlla Margaret Mead, estem vivint la bretxa generacional més gran de la història i entrem en una època en la qual els joves ja no tenen com a models de conducta els seus pares, sinó persones de la pròpia generació.

Els complexos sistemes tecnològics adoptats per les organitzacions mèdiques fa que els metges cada cop més hagin de treballar en equips interdisciplinaris perquè les tasques excedeixen les capacitats individuals (Knights, 2005).

Per a la generació del mil·lenni (els que ingressen a la universitat l'any 2000), compartir és un element clau en la seva vida, les xarxes socials han suposat una nova forma de relacionar-se, la privacitat ha perdut terreny. Aquesta socialització els ha ensenyat a “tallar-enganxar”, “copiar”, “baixar”, la qual cosa pot suposar comportaments científics inapropiats.

Els tutors senten que els joves estan més preocupats per harmonitzar la seva vida personal amb la laboral i per la seva qualitat de vida, i menys disposats al compromís institucional i al treball sense límit d'horari que va caracteritzar la seva generació.

Estudis recents s'han interessat pels aspectes sociodemogràfics dels estudiants de medicina i a banda de fer notar l'increment de la proporció de dones en aquests estudis, també reflexionen sobre l'escassa representació que hi tenen les minories ètniques i el fet que els estudiants de medicina provenen de classes socials acomodades o relativament altes, molts d'ells de famílies de metges (McManus, Livingston, & Katona, 2006)(Frenk et al., 2010) .

Tal com s'ha esmentat, un dels canvis demogràfics més notables que s'ha produït en els últims anys és l'increment de la proporció de dones en les últimes generacions de metges (Gual, Oriol-Bosch, & Pardell, 2010). Actualment, suposen al voltant del 40% dels metges col·legiats a Espanya i dos terços dels estudiants de medicina. Al 1982, la quarta part dels professors universitaris de ciències de la

salut eren dones, mentre que avui dia suposen gairebé la meitat (al Grau de Medicina de la UdL la proporció és de 65% homes a 35% dones, d'aquests un 45% d'homes doctors i un 21 % dones doctores). Aquests canvis no tan sols es constaten a Espanya sinó que també es constaten a països de l'entorn geogràfic i cultural. Aquest canvi en la demografia mèdica sens dubte determina canvis en la cultura predominant als nostres centres educatius. Les dones tendeixen a escollir especialitats menys tecnològiques, més orientades al pacient i amb el treball més planificable. Aquest patró que es reproduïx en la majoria dels països occidentals, coincideix amb el creixent desig d'una major proporció de metges (homes i dones) de disposar d'una feina més flexible i el disseny de carreres menys lineals, amb períodes sabàtics o interrupcions ocasionals. Això suposa una transformació en relació a la dedicació a l'exercici de la professió de generacions prèvies (Rodríguez de Castro, 2012).

Finalment, cal considerar també que el rol tradicional del metge ha canviat i que avui en dia, el reconeixement social de la professió és diferent al d'abans, així com el seu poder adquisitiu (Soria, Guerra, Giménez, & Fernando Escanero, 2006a). Els metges, especialment aquí, viuen una situació de descontentament i desmotivació, perceben un deteriorament del seu estatus socioprofessional . Es veuen prioritàriament com un tècnic superior al servei de les institucions sanitàries, per satisfer les demandes d'una societat cada cop més exigent i hiperprotegida (Gual et al., 2010).

1.1.2. ESTUDIANTS DEL MIL·LENNI

Els estudis generacionals d'estudiants de medicina, d'acord amb Lancaster i Stillman, anomenen Generació X als nascuts entre l'any 1965 i el 1980 i Estudiants del Mil·lenni als nascuts entre 1981 i 1999. Diversos investigadors han suggerit diferències clares entre ambdós grups tant pel que fa a preferències, com actituds i comportaments. Moltes d'aquestes diferències poden estar relacionades amb el paper dels pares i l'educació que han rebut (ARNETT, 2000) (Lancaster, 2004).

Els treballs esmentats suggereixen que els estudiants de la generació del mil·lenni han tingut uns pares més sobreprotectors, que estaven més preocupats per la seva seguretat, la seva educació i el seu èxit present i futur. Com a grup han estat descrits com optimistes, generosos i pràctics, probablement orientats al treball en equip, connectats permanentment amb els altres, amb capacitat per organitzar i per mobilitzar-se. Acostumats a tenir tot el seu temps organitzat i dirigit, encaminats a buscar l'èxit comptant amb el suport dels pares i a rebre retroalimentació. El fet de tenir el temps tan estructurat els fa difícil la introspecció. Permanentment connectats (mòbils, ordinadors) la qual cosa els permet fer moltes coses alhora (Nicole J Borges, Manuel, Elam, & Jones, 2006).

Borges et al. plantegen si hi ha diferències en les característiques de personalitat dels estudiants de la Generació X i els estudiants del Mil·lenni. Al seu estudi utilitzen el 16PF i conclouen que sí que hi ha diferències entre les dues

generacions del seu estudi, però plantegen molts interrogants a l'hora d'extrapolar els seus resultats a altres poblacions i a l'eina a utilitzar per fer l'estudi.

Twenge (2009) (Jean M. Twenge, 2009) fa una revisió dels estudis fets fins al moment amb qüestionaris d'IQ, trets de personalitat, actituds, preferències de lectura i expectatives. Conclou que els canvis generacionals que han tingut major impacte en l'educació mèdica han estat: majors expectatives, nivells més alt de narcisisme i de drets, augment de l'ansietat i problemes mentals i una disminució del desig de llegir textos llargs.

Així mateix, s'han detectat nivells alts de perfeccionisme, especialment entre els alumnes amb notes més altes, però aquest seria un tret que podria ésser negatiu, doncs podria paralitzar l'estudiant amb por al fracàs.

Una de les conclusions de l'article és que en educació mèdica s'hauria d'ensenyar que és millor admetre no saber una cosa que semblar falsament competent i que el risc pot ser bo en mesura, però en excés pot comprometre la cura del pacient.

Un altre dels aspectes destacats en "estudiants del mil·lenni" és el fet que s'aprecia nivells més elevats de narcisisme. Una de les facetes del narcisisme és la sensació que el món et deu alguna cosa com voler tenir millors qualificacions per menys treball, p.ex. en un dels estudis van trobar que un terç dels estudiants creia que si un examen interferia els seus plans de vacances, el professor s'hauria de posar d'acord per canviar el dia de l'examen (Greenberger, Lessard, Chen, & Farruggia, 2008). L'era dels metges que es consideraven primer metge i tota la resta després, sembla ésser que s'ha acabat. Alguns autors consideren que les noves generacions

volen temps lliure per a la resta de les seves altres activitats (J. M. Twenge, Campbell, Hoffman, & Lance, 2010).

Altres canvis que s'aprecien és que, a les noves generacions, els agrada fer les coses per si mateixos, més que seure i escoltar una conferència. Responen a imatges, gràfics i vídeos curts com els que es troben al YouTube.

Els estudiants de les noves generacions freqüentment necessiten saber el propòsit i el significat de les activitats. Generacions anteriors tenien un sentit del deure i freqüentment feien el que se'ls deia sense preguntar el perquè (Jean M. Twenge, 2009)(Jean M Twenge, 2009).

1.2. ASPECTES ACADÈMICS

1.2.1. LA SELECCIÓ DELS ESTUDIANTS

Segons Cleand et al (2012) la selecció dels estudiants és la primera avaluació de la formació mèdica. La intenció última hauria de ser predir quins seran els millors metges, però d'entrada el criteri més proper per predir l'èxit en la formació universitària és el rendiment acadèmic previ. Fins al moment, la relació entre el rendiment universitari i quins seran els millors metges és un camp d'estudi mal definit i poc investigat. Aquests investigadors anglesos van fer una revisió de la literatura dels últims 15 anys pel que fa als processos d'admissió dels estudiants de medicina. Van identificar vuit àrees temàtiques principals en els diferents processos de selecció: proves d'aptituds, expedient acadèmic, expedient personal i autobiografia, referències, test de valoració de situació, avaluació de la personalitat i intel·ligència emocional, entrevista, selecció de centres. Pel que fa a l'àrea d'avaluació de la personalitat i intel·ligència emocional van concloure que l'avaluació de la personalitat pot proporcionar un nivell moderat de validesa predictiva en la selecció dels futurs estudiants. El poder predictiu d'alguns trets de personalitat (p. ex. responsabilitat) pot augmentar a mesura que s'avança en la formació clínica, encara que hi ha estudis que no ho ratifiquen. Es necessita més evidències empíriques per validar els estudis d'intel·ligència emocional com a mètode de selecció dels futurs estudiants. La majoria dels inventaris de personalitat comercial i proves d'intel·ligència emocional han mostrat alts nivells de fiabilitat.

També es qüestiona el fet que restringir l'admissió dels futurs estudiants en base només a un test de personalitat pot no ser correcte èticament. Finalment, l'estudi conclou que l'avaluació de les mesures de selecció per una banda va més encaminada a la valoració de l'èxit acadèmic que al fet d'arribar a ser un bon metge i per altra banda no hi ha un procés de selecció "ideal" (Cleland, Dowell, & Nicholson, 2012) (Knights, 2005).

Diversos estudis també assenyalen que el fet de seleccionar els estudiants per les notes o expedients acadèmics fa que indirectament se seleccionin determinats estatus socioeconòmics. Només classes benestants tenen accés a determinats tipus d'escoles privades (Knights, 2005)(Cleland et al., 2012).

1.2.2. PROCÉS DE SELECCIÓ: LES NOTES DE TALL DE SELECTIVITAT PER A L'ENTRADA A LES FACULTATS DE MEDICINA

Les notes d'accés a les facultats de medicina són les més altes de totes les titulacions a les universitats espanyoles, i disposen de la millor reputació entre els universitaris espanyols.

L'evolució de les notes d'accés a la Llicenciatura de Medicina i al posterior Grau de Medicina de la UdL han estat progressives, tal com es pot observar en la taula 1:

any	1995	1999	2004	2005	2006	2007	2008	2009
nota sobre 10	6.56	7	7.27	7.65	7.73	8.08	8.19	8.35

any	2010	2011	2012	2013	2014	2015
nota sobre 14	11.04	11,65	11.94	12	12.04	12.24
nota sobre 10	(7.89)	(8.32)	(8.52)	(8,57)	(8.60)	(8,74)

Taula1. Evolució de les notes d'accés.

Però aquest criteri de selecció no té en compte si les persones que accedeixen a la carrera són realment les de major vocació, ni si tenen les millors qualitats personals i socials necessàries per al tracte amb el pacient (Soria, Guerra, Giménez, & Fernando Escanero, 2006b)(Nedjat, Majdzadeh, & Rashidian, 2008). No es disposa de dades objectives que avalin que les qualificacions obtingudes mitjançant la selectivitat correlacionin amb els valors humans i professionals adients per desenvolupar unes actituds professionals competents (professionalisme).

Gough (1978) va mostrar que alumnes amb altes puntuacions tenien menys habilitats interpersonals, menys flexibles, un ventall d'interessos restringit i eren menys adaptables (Gough, 1978).

Tutton ha arribat a dir que alguns estudiants amb alt rendiment acadèmic en alguns aspectes del currículum tendeixen a perfils de personalitat que semblen inapropiats per a la professió de metge (Tutton, 1996).

Powis va informar, fa alguns anys, que entre els candidats amb millors resultats acadèmics, hi havia un nombre alt dels candidats (per damunt de 1 - 2%) que no haurien passat l'entrevista per mesurar les seves qualitats personals (Powis, 1997)(Powis, 2009).

McManus et al. conclouen al seu estudi que és com si el fet de tenir una nota alta produeixi un desig de reconeixement per aquest sol fet. Aquestes motivacions de caire narcisista representen una línia de recerca que diversos autors consideren que és important d'estudiar (Lumsden et al., 2005)(McManus et al., 2006).

No hi ha dubte que una alta intel·ligència es considera una característica desitjable socialment, relacionada amb resultats positius tant en la vida professional com en la

vida quotidiana. Normalment quan la gent pensa en persones molt intel·ligents, els associen característiques socialment desitjables : emocionalment estables, fiables, amable amb els altres (Gottfredson, 1997)(Möttus, Allik, Konstabel, Kangro, & Pullmann, 2008).

L'estudi fet per Möttus et al. (Möttus, Allik, Konstabel, Kangro, & Pullmann, 2008) indica que la teoria implícita sobre la relació entre personalitat i intel·ligència és robusta, en la seva mostra tant en els homes com en les dones el neuroticisme està fortament associat amb baixa capacitat intel·lectual, mentre que altes puntuacions en Extraversió, Obertura i Responsabilitat s'associen amb alta intel·ligència. Però ja el mateix estudi conclou que són estereotips que s'haurien d'estudiar en altres cultures, atès que hi ha altres treballs que contradiuen alguns extrems, i es dona el fet que el factor de Responsabilitat o algunes de les seves facetes, en algun estudi correlacionen negativament amb el nivell d'intel·ligència (Allik & Realo, 1997)(Moutafi, Furnham, & Crump, 2006)(Moutafi, Furnham, & Paltiel, 2004)(Bratko, Chamorro-Premuzic, & Saks, 2006).

Lievens (2009) apunta que la capacitat cognitiva serà sempre el millor predictor de l'adquisició de coneixements i ha de ser una part integral en la selecció dels estudiants. No obstant això, per predir i assegurar l'èxit a llarg termini en la seva professió, les característiques no cognitives (trets de personalitat) també han de ser avaluades de manera que se seleccionin els més perseverants i els que aprofitin al màxim la seva formació (Filip Lievens, Ones, & Dilchert, 2009).

1.2.3. INDICADORS DE LA TITULACIÓ DEL GRAU EN MEDICINA DEL CURS 2013-14

Al dossier d'indicadors de la titulació del Grau en Medicina del curs 2013-14 hi consta que el 90% dels alumnes hi accedeixen des de batxillerat i les PAAU, un 4% hi accedeixen procedents de cicles superiors, un 2 % ho fan com a majors de 25 o >50anys i un 3% per altres vies.

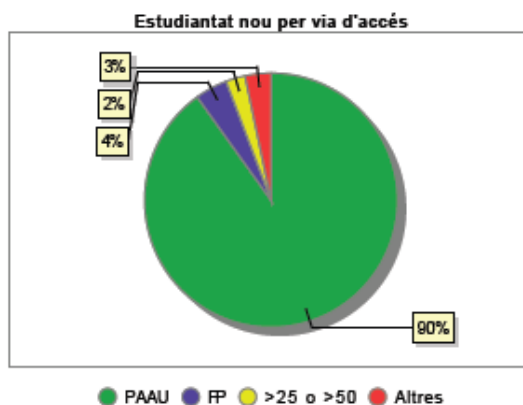


Fig. 1. Estudiantat nou per via d'accés

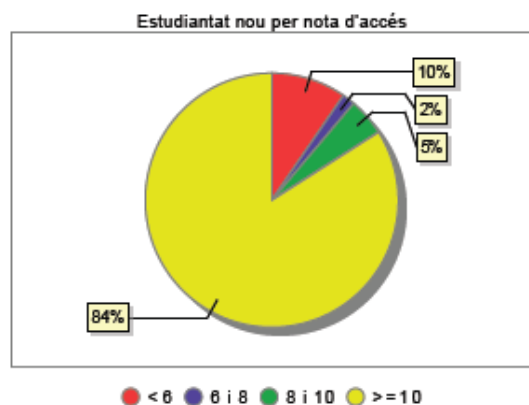


Fig. 2. Estudiantat nou per nota d'accés

Pel que fa a les notes d'accés un 84% ho fan amb notes iguals o superiors a 10, un 5% amb nota entre 8 i 10 i un 10% amb notes inferiors a 6 (correspondrien a les persones que no accedeixin via PAAU, i FP) .

Pel que fa a la procedència d'aquests estudiants, un 27,2% són procedents de Catalunya, un 58,4% procedeixen de la resta de l'estat espanyol i un 14,4% són de fora de l'estat.

Pel que fa a la mesura de l'èxit acadèmic, es valora la taxa de rendiment, entenent com a tal la divisió entre el nombre de crèdits aprovats i els crèdits efectivament matriculats. A la UdL des del curs 2009-10 fins a l'actualitat es manté per sobre del 75%, essent concretament el curs 2013-14 del 80,2%, tal i com mostra la fig. 3.

La taula 2 mostra la taxa de rendiment segons les notes d'accés.

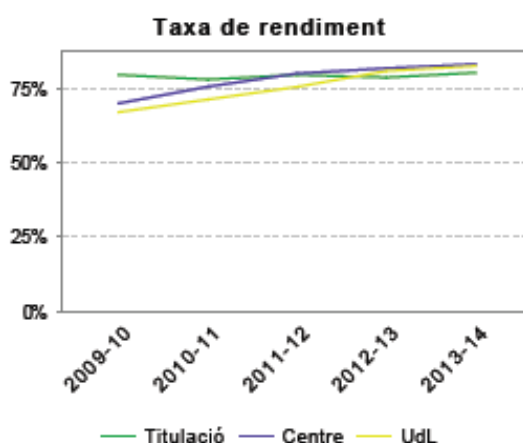


Fig. 3 Taxa de rendiment de la UdL

Taxa de rendiment per nota d'accés

TAXA DE RENDIMENT	Global	Alumnat de 1r curs			
		Nota d'accés de l'alumnat de la preinscripció			
		< 6	6 - 8	8 - 10	> 10
Grau en Medicina - G21	80.2%	61.2%	20%	79.2%	77.3%
Facultat de Medicina	83.1%	56.8%	77.7%	83.6%	76.4%
Universitat de Lleida	82.4%	71.9%	77%	86.2%	83.6%

Taula 2. Taxa de rendiment per nota d'accés

1.2.4. TITULACIÓ AMB UN ALT COMPONENT VOCACIONAL.

Reconèixer que la medicina actual té una base científicotècnica no implica entendre la medicina exclusivament com una ocupació per a tècnics d'alta qualificació. La Medicina tracta amb pacients, alguns dels quals poden ser tractats amb èxit, però també es responsabilitza de la cura de persones les patologies de les quals només es poden pal·liar. La Medicina és una professió de servei a les persones i a la societat que requereix una cura i atenció especial. Els professionals de la medicina han d'estar disposats a escoltar, comunicar i disposar-se a servir a qui ho requereixi.

El procés vocacional va dirigit a la plena realització de totes les possibilitats de l'individu. L'alt component vocacional pot ser un factor que determini el fet que prendre la decisió d'estudiar medicina tingui lloc a una edat més primerenca que en la resta de població universitària. Aquestes diferències estan en relació amb els factors d'influència, els patrons de selecció, l'existència de dubtes en algun moment i saber o no quin tipus d'especialitat li agradaria fer en un futur (Soria et al., 2006b).

Els factors que influeixen en la decisió de fer una carrera estan relacionats amb les futures motivacions que recolzaran la decisió presa. Es poden distingir dos tipus de motivacions: la intrínseca definida pel fet de realitzar una activitat pel plaer i la satisfacció que un experimenta mentre aprèn, explora o intenta entendre quelcom nou; l'extrínseca que inclou una àmplia gama de conductes que són mitjans per obtenir un fi i no el fi en si mateix (Blustein, 1988). Les persones que

diuen no haver tingut factors influents en la seva decisió i haver arribat a ella per si mateixos podrien englobar-se en el grup en què la motivació és intrínseca; mentre que els que reconeixen estar influenciats per diferents factors podrien associar-se a motivació extrínseca o intrínseca. Alguns estudis realitzats (Soria et al., 2006b) indiquen que el fet que els estudiants de medicina amb familiars metges de primer grau prenen la decisió per ells mateixos en un percentatge significativament inferior ; probablement també es tracti d'estudiants amb una forta motivació intrínseca però amb una molt marcada influència de l'ambient.

Diferents estudis se centren en els factors que poden haver influït en la decisió de voler ser metge. Soria et al, recull com a possibles factors en ordre de freqüència: la pressió familiar, el contacte amb la malaltia , l'existència de familiars metges en l'entorn, l'efecte de sèries televisives, tutors i amics (Soria et al., 2006b).

A l'estudiant de medicina, se li adjudica el màxim índex d'experimentalitat al llarg de la seva formació, tant pel volum d'hores lectives com pel temps que dura el procés de formació.

1.2.5. SOCIALITZACIÓ DELS ESTUDIANTS DE MEDICINA

La formació necessària d'un metge requereix quelcom més que l'adquisició de coneixements formals i habilitats clíniques, precisa també d'una transformació personal que es denomina socialització secundària o aculturació professional. Aquesta transformació té lloc al llarg del procés formatiu, gràcies a la potent motivació de qui aprèn a convertir-se en metge. Encara que aconseguir-ho ve determinat per assumir les exigències establertes, és fruit d'un desig inherent en el candidat i no imposat pel sistema. Ningú no està obligat a ser metge, tal i com ho ha vingut configurant la societat a través del pacte social amb la professió (Oriol-Bosch, 2011).

Tal i com recull Rodríguez de Castro (Rodríguez de Castro, 2012), en l'exercici de la medicina no és freqüent admetre que una cosa s'ignora o es desconeix. De fet, sempre sembla existir una explicació plausible o una resposta correcta per a qualsevol problema mèdic, ja sigui de naturalesa tècnica o ètica. En lloc d'aprendre a manejar la incertesa i el coneixement probabilístic que caracteritza l'exercici clínic, no és estrany que una i altre es rebutgin vehementment tractant de transmetre als pacients i als discents una seguretat que, en molts casos, no es té ni és possible. S'ha de redescobrir i ensenyar el valor del judici clínic i la importància de la reflexió personal, intel·lectual, científica i administrativa. La naturalesa dels dilemes morals als que s'enfronta un estudiant o un resident és una font constant d'incertesa i ansietat que no sempre es maneja de forma adequada.

Un altre aspecte latent en el procés d'aprenentatge professional és la infal·libilitat del metge. Malgrat que l'OMS publica que en un 10% de casos els pacients hospitalitzats pateixen algun succés advers que els suposa un dany o un allargament de l'estada hospitalària, és excepcional que en una sessió clínica es debati obertament sobre les equivocacions o errors comesos durant el procés de diagnòstic, tractament o seguiment del pacient i sobre la forma d'evitar-ho en un futur. Molts d'aquests casos són atribuïbles a la manca de comunicació entre els membres de l'equip assistencial. Tal i com assenyala Prat et al (J. Prat-Corominas, Palés-Argullós, Nolla-Domenjó, Oriol-Bosch, & Gual, 2010) s'han de cuidar els entorns formatius per no arruïnar l'entusiasme dels que inicien l'aprenentatge de la professió. A mesura que l'estudiant avança en el seu procés formatiu, es produeix una sèrie de transformacions no sempre positives. Els estudiants arriben a la facultat amb una actitud idealitzada i un tant ingènua que molt aviat comença a pansir-se deixant patents actituds cíniques i arrogants i de desafecció emocional. (Rodríguez de Castro, 2012). Es detecta un malestar psicològic (Salamero et al., 2012), un estrès i una angoixa cada cop més gran. Són persones que arriben amb expedients acadèmics impecables i amb altes expectatives personals que la vida diària es va encarregant de desgastar. Un context d'emocions negatives, com la por o l'ansietat, poden interferir en el procés d'aprenentatge, pot ser per manca d'estratègies d'afrontament negatives durant el procés de formació, la qual cosa altera la capacitat per a processar la informació d'una manera eficient. En el cas contrari, emocions positives disminueixen l'ansietat i porten a l'estudiant a adoptar comportaments positius d'aprenentatge, com fer preguntes, assumir reptes o provar hipòtesis. (Haidet & Stein, 2006).

L'educació mèdica ha promocióat la importància i la necessitat de formar els estudiants en el professionalisme, que conté valors com l'honradesa, la integritat , la primacia del benestar del pacient i la seva autonomia, la compassió, l'empatia, l'altruisme, el comportament ètic i la justícia social (Dyrbye et al., 2010).

Voler arribar a ser metge requereix dedicació i compromís. Des que s'inicia la carrera, es fa l'especialització fins que s'acaba l'especialització poden passar més d'11 anys. A més, els professionals han de seguir fent activitats de desenvolupament professional compatibilitzant-ho amb l'exercici de la medicina i la formació continuada, la qual cosa requereix altes dosis de motivació. El repte per a la selecció dels futurs estudiants de medicina és ser capaç d'identificar aquestes característiques personals en els candidats (Knights, 2005).

1.2.6. CURRÍCULUMS

Des de la perspectiva de l'aprenentatge, hem de tenir en compte que existeixen diferents nivells de desenvolupament curricular, tots ells rellevants però no tots explícits: el formal, el real, l'avaluat i l'ocult. El currículum formal explicita el que la institució ensenya i el que els alumnes han d'aprendre. És el currículum normatiu que es publica al BOE. El currículum real comprèn tot allò que els alumnes han dut a terme realment; mentre que el currículum après i avaluat és aquell en què es recullen els assoliments dels alumnes i són avaluats per la institució (Joan Prat-Corominas & Oriol-Bosch, 2011). Però afegit a aquests currículums hi ha també el currículum ocult que representa un transfons de normes, valors i regles latents en el procés formatiu, que els estudiants han d'assumir i adoptar per desenvolupar convincentment un paper social. Des del punt de vista pràctic es podria definir com el conjunt de regles, regulacions i rutines institucionals no escrites. Suposa considerar els hospitals, centres de salut i les institucions formatives com entitats culturals i comunitats morals, íntimament involucrades en la construcció de definicions del que està bé i el que està malament, el que és “bona medicina” o “mala medicina”, la qual cosa exigeix dels professors, dels tutors i dels educadors, en conjunt, el reconeixement de l'educació mèdica com un procés cultural i, per tant, en constant canvi i sotmès a forces externes. (Rodríguez de Castro, 2012).

El paper del currículum ocult és sovint objecte de discussió. Els estudiants són testimonis de faltes de respecte entre companys metges, situacions de detriment de l'atenció al pacient per creences personals, dinàmiques de poder i jerarquies dins de

les institucions, errors de praxi mèdica, entre altres. Moltes vegades són situacions inconscients per part dels protagonistes, però l'experiència és viscuda en el procés de formació de la carrera en medicina (Mahood, 2011) la qual cosa pot contribuir a la disminució de l'idealisme dels estudiants de medicina, que molts estudis constaten que s'inicia durant els primers dos anys de carrera (Morley, Roseamelia, Smith, & Villarreal, 2013). La formació mèdica implica no només la formació professional sinó també la deformació professional (Rabow Dr., Evans, & Remen, 2013). És vital que tots aquells que serveixin com a models a seguir siguin conscients dels principis fonamentals i el reptes en l'assoliment i el manteniment de l'excel·lència professional (Byszewski et al., 2012).

El terme professionalisme resulta ambigu per les nombroses definicions que se n'han fet. Aquests difereixen en l'èmfasi que es dona als valors, actituds, coneixements, habilitats i comportaments. Els que sí queda clar és que “l'antic” professionalisme es caracteritzava pel paternalisme, desconexió emocional, establiment de certesa, mentre que el “nou” professionalisme emfatitza el centre en el pacient: empatia, compromís emocional, comunicació oberta amb el pacient, el principi ètic principal és el d'autonomia del pacient (Borgstrom, Cohn, & Barclay, 2010).

1.2.7. PLA D'ESTUDIS

El procés d'adaptació i creació de l'Espai Europeu d'Educació Superior (EEES) va suposar l'equiparació amb les titulacions europees i la posada en marxa del pla popularment anomenat “Pla Bologna”, en ser la conseqüència de l'Acord de Bolònia, signat al 1999 (“The Bologna Declaration on the European space for higher education,” 1999). El pla tenia com a principal objectiu facilitar la mobilitat d'universitaris i professionals graduats pel territori europeu. Va suposar un procés de reestructuració dels ensenyaments universitaris i un replantejament de la metodologia docent amb el propòsit que l'alumne fos el protagonista de l'aprenentatge. El procés d'aprenentatge passa a definir-se per l'adquisició de competències i no tant de coneixements, convertint-se aquests en un instrument, i incidint en el fet que l'ensenyament-aprenentatge ha d'estar íntimament relacionat amb la futura pràctica professional. A més, els estudis de medicina (com els de totes les titulacions que habiliten professionalment) estan definits (en les seves competències bàsiques i resultats d'aprenentatge) per una Ordre Ministerial (“Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero,” 2008). La validesa oficial dels títols, constatada per la seva inscripció en el RUCT (Registro de Universidades, Centros y Titulaciones) precisa de l'avaluació i aprovació d'una extensa memòria per l'ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación), procés anomenat *Verificación* i d'una avaluació periòdica on s'ha de demostrar la coherència i compliment de les memòries verificades (*Acreditación*). Va generalitzar-se l'ús d'una nova unitat de mesura l'ECTS (Sistema Europeu de Transferència de Crèdits) indicador del temps que l'estudiant ha de dedicar per

assolir un objectiu d'aprenentatge (hores d'estudi, treball personal, pràctiques, classes, etc.). Un ECTS equival a unes 25 hores de treball de l'estudiant, mentre que en l'anterior pla un crèdit corresponia a 10 hores de classe del professor.

L'anterior Pla d'Estudis vigent, anomenat Pla d'Estudis 93 seguia les directrius establertes l'any 1990 ("Real Decret 1417/1990, de 26 d'octubre," 1990) on consta que la formació per obtenir el títol oficial de Llicenciat en Medicina es definia com el conjunt dels coneixements teòrics i aptituds clíniques que han de tenir tots els metges, amb independència de la seva orientació professional posterior, havent de procurar que els estudiants aprenguin no sols els fonaments teòrics i conceptuals de la ciència mèdica, sinó que adquireixin també experiència i capacitat clínica suficients. També establí que el pla d'estudis s'havia d'articular com ensenyament de primer i segon cicle, amb una duració de tres anys cadascun d'ells i un mínim de 250 crèdits cadascun.

El decret també establí una sèrie de matèries troncales d'obligatòria inclusió a tots els plans d'estudi amb la vinculació a determinades àrees de coneixement tal i com recull la taula 3:

Matèries troncales (per ordre alfabètic)	Àrees de coneixement
Primer cicle:	
Bases Psicològiques dels estat de salut i malaltia	Personalitat. Avaluació i tractament psicològic. Psicobiologia. Psicologia social. Psiquiatria
Desenvolupament, morfologia, estructura i funció dels aparells i sistemes corporals en estat de salut	Biologia cel·lular. Bioquímica i biologia molecular. Ciències morfològiques. Fisiologia. Immunologia. Nutrició i bromatologia
Epidemiologia general i Demografia sanitària	Medicina Preventiva i Salut Pública
Introducció a la Medicina i Metodologia Científica	Biblioteconomia i documentació. Estadística i Investigació operativa. Física Aplicada. Fisiologia. Història de la Ciència. Medicina Preventiva i Salut Pública. Radiologia. Medicina Física.
Introducció a la Patologia: Causes, Mecanismes, Manifestacions Generals i Expressió Morfopatològica de la Malaltia. Bases del Diagnòstic i Tractament.	Anatomia Patològica. Cirurgia. Farmacologia. Immunologia. Medicina. Microbiologia. Parasitologia Radiologia i Medicina Física.
Morfologia, estructura i funcions de l'organisme humà normal. Nivells moleculars, Cel·lular, tissular i orgànic	Biologia Cel·lular. Bioquímica i biologia Molecular. Ciències morfològiques. Fisiologia. Genètica.
Segon cicle:	
Medicina legal i Toxicologia. Deontologia i Legislació Mèdica	Dret Administratiu. Dret Penal. Filosofia del Dret, Moral i Política. Toxicologia i Legislació Sanitària.
Medicina Preventiva i Salut Pública i Comunitària	Medicina Preventiva i Salut Pública
Medicina i Cirurgia d'Aparells i Sistemes. Diagnòstic, pronòstic, tractament i prevenció de les malalties	Anatomia Patològica. Cirurgia. Farmacologia. Immunologia. Medicina. Medicina Preventiva i Salut Pública. Microbiologia. Nutrició i bromatologia. Radiologia i Medicina Física. Toxicologia i Legislació Sanitària.
Obstetrícia i Ginecologia	Anatomia Patològica. Farmacologia. Immunologia. Medicina. Medicina Preventiva i Salut Pública. Microbiologia. Obstetrícia i Ginecologia Pediatria. Radiologia i Medicina Física.
Pediatria	Anatomia Patològica. Cirurgia. Farmacologia. Medicina Preventiva i Salut Pública. Microbiologia. Pediatria. Psiquiatria. Radiologia i Medicina Física.
Psiquiatria	Farmacologia. Medicina Preventiva i Salut Pública. Psiquiatria.

Taula 3. Matèries troncales del Pla d'Estudis 93 (Real Decret 1417/1990).

Establia també la possibilitat que les facultats fixessin matèries obligatòries per tal de singularitzar el seu currículum, matèries optatives i un mínim d' un 10% de crèdits de lliure configuració, amb l'objectiu que l'estudiant pogués personalitzar la seva formació. En concret, en el Pla d'Estudis aprovat a la Facultat de Medicina de la UdL ("Resolució 4096 de 12 de novembre," 1994), amb 522 crèdits totals, 435 cr. es conformaven a partir de la segregació en assignatures de les matèries troncales derivades de l'esmentat decret, 23 cr. corresponien a matèries obligatòries de la pròpia Facultat, 12 cr. corresponien a matèries optatives i 52 cr. eren crèdits reconeixibles com a lliure configuració.

Mereix destacar-se el fet que amb aquest pla es va introduir la matèria Bioètica, amb 5 crèdits, com a obligatòria d'universitat, per a tots els estudiants, i altres optatives amb caràcter humanístic com Origen i Evolució de l'Ésser Humà, Ecologia humana, i es va introduir la Medicina Familiar i Comunitària en el currículum dels estudiants, totes elles actives durant tot el període d'oferta del Pla.

J. Ribera deia que fins al plantejament de l'anomenat pla Bologna, el model d'avaluació de la tasca del professor universitari pràcticament no havia valorat les iniciatives docents i s'havia basat en la producció científica dels grups. La qual cosa havia estat fonamental per validar la qualitat científica de les nostres universitats i aproximar-les al model de les anglosaxones. Dins d'aquest model, s'ha donat per bona la generalització del concepte que un bon investigador porta implícita l'etiqueta d'un bon docent (Ribera, 2010).

La integració del sistema universitari espanyol a l'Espai Europeu d'Educació Superior (EEES) amb l'Ordre ECI/332/2008 va establir els requisits per a la verificació dels títols universitaris oficials que habiliten per a l'exercici de la

professió de metge, l'exercici de la qual requereix estar en possessió del corresponent títol oficial de Grau. En l'apartat 3 de l'annex d'aquesta ordre, hi consten els objectius i competències que els estudiants han d'adquirir i que s'agrupen en:

- A) Valors professionals, actituds i comportaments ètics
- B) Fonaments científics de la medicina
- C) Habilitats clíniques
- D) Habilitats de comunicació
- E) Salut pública i sistemes de salut
- F) Maneig de la informació
- G) Anàlisi crítica i investigació

El desenvolupament complet que se'n va fer al Grau de Medicina de la UdL queda recollit en l'annex núm. 4 d'aquesta tesi. En resum, pel que fa als valors professionals, actituds i comportaments ètics contempla el desenvolupament de les competències següents: reconèixer els elements essencials de la professió mèdica, incloent-hi els principis ètics i les responsabilitats legals, respectar l'autonomia del pacient, les seves creences i cultura, reconèixer les pròpies limitacions i la necessitat de mantenir i d'actualitzar la seua competència professional. Pel que fa als fonaments científics, contempla comprendre i reconèixer l'estructura i la funció normal del cos humà, a tots els nivells, també de la conducta humana; comprendre i reconèixer els efectes, els mecanismes i les manifestacions de la malaltia, els agents causants i els factors de risc, les intervencions terapèutiques basant-se en l'evidència científica disponible; els efectes del creixement, el desenvolupament sobre l'individu i el seu entorn social.

En relació a les habilitats clíniques, contempla elaborar una història clínica, realitzar un examen físic i una valoració mental; tenir capacitat per elaborar un judici diagnòstic, inicial i establir una estratègia diagnòstica raonada, el pronòstic i el tractament més adequat fent menció dels malalts en fase terminal; adquirir experiència clínica en diversos tipus d'institucions sanitàries.

En l'apartat de salut pública i sistemes de salut, contempla reconèixer els determinants de salut en la població, assumir el seu paper en les accions de prevenció, protecció i promoció de la salut, reconèixer el seu paper en equips multiprofessionals, obtenir i utilitzar dades epidemiològiques, conèixer les organitzacions internacionals de salut i els diferents sistemes de salut.

Pel que fa a la gestió de la informació, contempla conèixer, valorar críticament i saber utilitzar les fonts d'informació clínica i biomèdica, saber utilitzar les tecnologies de la informació i la comunicació, mantenir i utilitzar els registres amb informació del pacient per a la seva posterior anàlisi, preservant la confidencialitat de les dades.

En l'apartat d'anàlisi crítica i investigació, contempla tenir en l'activitat professional un punt de vista crític, creatiu, amb escepticisme constructiu i orientat a la investigació; comprendre la importància i les limitacions del pensament científic, ser capaç de formular hipòtesis, de recol·lectar i valorar de manera crítica la informació seguint el mètode científic i adquirir la formació bàsica per a l'activitat investigadora.

A l'apartat 4 de l'annex de l'Ordre ECI/332/2008, hi consta que el pla d'estudis ha d'incloure com a mínim els següents mòduls i competències que han d'adquirir-se:

Mòdul	Núm. ECTS
Morfologia, estructura i funció del cos humà	60
Medicina Social, Habilitats de Comunicació i Iniciació a la Investigació	34
Formació Clínica Humana	100
Procediments Diagnòstics i Terapèutics	40
Pràctiques Tutelades i Treball fi de Grau	60

Taula 4. Mòduls segons l'Ordre ECI/332/2008

El desenvolupament complet dels objectius que se'n va fer al Grau de Medicina de la UdL queda recollit en l'annex núm. 5 d'aquesta tesi.

El pla d'estudis actual del Grau de Medicina de la UdL (implantat el curs 2009-2010) té els objectius recollits en mòduls tal i com marca l'ordre i queda recollit en l'annex núm. 5 d'aquest treball.

El concepte més disruptiu que ha aportat el procés de Bologna ha estat dissenyar, aplicar i avaluar un currículum centrat en l'adquisició de competències que supera de molt la complexitat del disseny dirigit a l'adquisició de coneixements. Les activitats d'aprenentatge han estat uniformitzades per la maquinària acadèmica de les universitats en percentatges preestablerts de grups grans (classes magistrals), mitjans o petits. S'ha ampliat la varietat de metodologies docents per al desenvolupament de l'aprenentatge, s'han creat aules d'habilitats Més enllà d'això,

dos grans paradigmes han influït en el disseny de l'actual pla d'estudis: l'orientació del pla cap a resultats d'aprenentatge i la necessitat de concretar les competències a adquirir durant el programa de formació. Aquesta orientació es concreta clarament en els requisits per a la verificació del títol, en el qual no sol s'han de concretar els objectius, sinó també les competències a adquirir i els resultats de formació, i es valora la coherència dels diferents aspectes del disseny curricular i dels recursos previstos per al seu desenvolupament. L'avaluació no tan sols ha de tenir finalitats certificadores, sinó que també ha de servir per conèixer l'èxit educatiu del currículum i, per tant, la necessitat de millorar-lo seguint el model del cicle clàssic de la qualitat: dissenyar, dur a terme, avaluar i redissenyar (Joan Prat-Corominas & Oriol-Bosch, 2011).

A la vista de tot això, a banda de la formació i avaluació de competències, en el nou pla Bologna s'han inclòs alguns aspectes novedosos com ara la formació en noves tecnologies, fonts d'informació i documentació clínica i biomèdica, conèixer els aspectes de la comunicació amb pacients, familiars i el seu entorn social (Pruskil, Burgwinkel, Georg, Keil, & Kiessling, 2009). També s'incorpora una avaluació final de competències al final de cada curs clínic i una terminal en acabar el rotatori i un treball de fi de grau.

1.3. PERSONALITAT

1.3.1. TRETES DE PERSONALITAT

Segons McCrae i Costa (1998) la personalitat s'entén com una sèrie de tendències bàsiques i característiques diferencials en cada individu, que predisposen la conducta en tots els àmbits d'acció de l'ésser humà (McCrae & Costa, 1997).

Al DSM- 5 (Association, 2013) la personalitat es defineix com un patró de percebre, pensar i relacionar-se amb l'entorn i amb un mateix.

Com en la majoria de les tendències humanes, el funcionament de la personalitat es distribueix sense interrupcions. Els modes característics de pensar i de comprendre's a si mateix i les interaccions amb els altres són fonamentals per al funcionament i l'adaptació de l'individu. Una persona amb un bon funcionament òptim posseeix un món psicològic complex, totalment elaborat i ben integrat que inclou un autoconcepte volitiu, positiu i adaptatiu, una rica i àmplia vida emocional regulada apropiadament, i la capacitat de comportar-se com un membre productiu de la societat, amb relacions interpersonals recíproques i satisfactòries.

En aquesta revisió del Manual Diagnòstic i Estadístic dels trastorns mentals (DSM-5), a la secció II es presenta una actualització del plantejament categorial que amb els mateixos criteris que al DSM-IV-TR, mentre que a la secció III es planteja una alternativa a aquest categòric pel que fa als trastorns de la personalitat. Des de la perspectiva dimensional, es considera els trastorns de la personalitat com a variacions desadaptatives dels trets de personalitat, que es

barregen imperceptiblement amb la normalitat i entre ells. En aquest plantejament, els trastorns de personalitat es caracteritzen per dificultats en el funcionament de la personalitat i per trets de personalitat patològics. Tota persona considerada normal té trets de personalitat d'un tipus o un altre i això no vol dir que pateixi un trastorn de personalitat manifest.

El diagnòstic d'un trastorn de la personalitat requereix dues valoracions en un continu:

- Criteri A: avaluació del nivell de deteriorament en el funcionament de la personalitat, els elements del qual són:

- Funcionament personal (self) o amb un mateix, que implica la identitat i l'autodirecció.

Identitat: l'experiència d'un mateix com a únic, amb límits clars entre el jo i els altres, l'estabilitat de l'autoestima i l'exactitud de l'autoavaluació; capacitat i habilitat de regular una àmplia gamma d'experiències emocionals.

Autodirecció: persecució d'objectius i metes coherents i significatives a curt termini i al llarg de la vida; ús de normes internes de comportament constructives i prosocials; capacitat d'autoreflexionar productivament.

- Funcionament interpersonal:

Empatia: comprensió i valoració d'experiències i motivacions dels altres; tolerància de diferents punts de vista; discernir els efectes de la pròpia conducta en els altres.

Intimitat: la profunditat i la duració de la relació amb els altres; el desig i la capacitat d'apropament; reciprocitat de la relació reflectida en el comportament interpersonal.

- Criteri B: una avaluació dels trets de personalitat patològics. Els trets patològics de personalitat s'organitzen en cinc grans àmbits: l'afecte negatiu, la desafecció o desinterès, l'antagonisme, la desinhibició i el psicoticisme. Aquest cinc grans dominis es componen de 25 facetes de trets específics que es desenvolupen inicialment a partir d'una revisió dels models de trets existents, i posteriorment a través de la investigació iterativa amb mostres de persones que acudien als serveis de salut mental.

Per avaluar el nivell de funcionament de la personalitat el DSM-5 proposa l'Escala del Nivell de Funcionament de la Personalitat (ENFP) en què el clínic selecciona el nivell que capta amb major precisió el nivell general de deteriorament en el funcionament de la personalitat de l'individu en aquell moment. Aquesta escala també es proposa per ser administrada com un indicador mundial del funcionament de la personalitat sense l'especificació d'un diagnòstic de trastorn de la personalitat, o fins i tot en el cas que el deteriorament de la personalitat estigui per sota del llindar per diagnosticar el trastorn.

El sistema de trets de personalitat proposat a la Secció III inclou cinc grans variacions en els dominis dels trets de personalitat. Aquests dominis són variants desadaptatives dels cinc dominis del model de personalitat dels Cinc

Grans (Big Five) o Models de personalitat dels cinc factors (Five Factor Models, FFM).

Els trets de personalitat predisposen a comportar-se o a sentir-se de certa manera i són més estables que les expressions simptomàtiques d'aquestes disposicions, però també poden canviar.

Un tret de personalitat és una tendència o una disposició cap a comportaments específics; altrament dit, un comportament específic és un exemple o la manifestació d'un tret.

1.3.2. MODEL DELS CINC GRANS

En l'estudi de personalitat seguim el model dels Cinc Grans que parteix de la premissa que la major part dels trets de personalitat poden ser abastats per cinc grans dimensions de personalitat, independentment del llenguatge i de la cultura. Aquest model considera el llenguatge una font fiable de dades relatives a les característiques que poden definir i construir la personalitat humana, sense partir de cap concepció teòrica prèvia i sol arribant a la definició de l'estructura de personalitat a partir de l'anàlisi factorial d'aquestes dades lingüístiques. D'aquesta anàlisi factorial han sorgit les cinc dimensions. Val a dir que aquests cinc conceptes no apareixen al mateix moment. L'Extraversió i el Neuroticisme són identificats i definits per Wiggins (1968); Costa i McCrae (1976, 1985) afegeixen la tercera dimensió, l'Obertura a l'experiència i més tard s'introdueix l'Amabilitat i la Responsabilitat. És a partir d'aquest moment que es pot començar a parlar del model dels Cinc Grans.

Aquest model del Cinc Grans té, en general, característiques molt positives (Raad & Perugini, 2002):

- Integra una ampli conjunt de constructes de personalitat, facilitant la comunicació entre investigadors de diferents enfocaments.
- És un model comprensiu que facilita l'exploració de les relacions entre personalitat i altres fenòmens.
- És eficient, atès que permet una descripció de l'estructura de la personalitat.

Pel que fa al nom dels factors, McCrae i Costa (1985) parlaven de: Neuroticisme, Extraversió, Obertura a l'experiència, Amabilitat i Responsabilitat, coneguts amb els acrònims d'OCEAN en llengua anglesa (Openess, Conscientiousness, Extraversion, Agreeableness and Neuroticism) i CREAN en llengua castellana (Cordialidad, Responsabilidad, Extroversión, Apertura y Neuroticismo).

Descripció dels “Cinc Grans”:

Neuroticisme (N): “Contrasta l'ajustament o estabilitat emocional amb el desajustament o inestabilitat. Es relaciona amb els afectes negatius com ara l'ansietat, por, vergonya, ràbia, etc. Però no sol tracta d'emocions negatives que interfereixen amb l'adaptació, sinó que persones amb alt N acostumen a tenir idees irracionals i dificultats per afrontar situacions d'estrès, mentre que les persones amb baix N són calmoses i no perden fàcilment el control en situacions de dificultat.

Les persones que puntuen alt en N tendeixen a la hipersensibilitat emocional , solen ser ansioses, preocupades, amb freqüents canvis d'humor i depressions. Tendeixen a experimentar desordres psicossomàtics i presenten reaccions molt fortes a tot tipus d'estímul.

Les persones estables tendeixen a respondre emocionalment de manera proporcionada i controlada. Després d'una elevació emocional tornen al seu estat habitual ràpidament” (Dolcet i Serra, 2006a) .

Extraversió (E): “ les persones amb puntuacions altes en aquest factor són assertives, actives i parladores, els agrada l’excitació i l’estimulació, són enèrgiques i optimistes. Les persones introvertides solen ser reservades però no esquerpes, calmades més que indolents, prefereixen estar soles però no per ansietat social i no són ni infelices ni pessimistes.

Les persones extravertides són sociables, els agrada estar amb gent, tenen molts amics amb qui els agrada parlar. Els agrada l’excitació, les bromes i el canvi. Són arriscades, despreocupades i optimistes. Acostumen a estar actives fent coses en tot moment.

Les persones amb puntuacions baixes són reservades socialment. Es mostren distants, excepte amb els amics íntims. Acostumen a ser previsores i desconfien dels impulsos del moment. No els agrada la diversió sorollosa i gaudeixen d’un mode de vida ordenat”(Dolcet i Serra, 2006a).

Obertura a l’experiència (O): “els seus elements constituents són la imaginació activa, la sensibilitat estètica, l’atenció a les vivències internes, gust per la varietat, curiositat intel·lectual i independència de judici. Són persones obertes i imaginatives, curioses pel mitjà extern i intern, interessades per idees noves i valors no convencionals. Al pol oposat hi ha les persones que solen ser convencionals en la seva conducta i aparença, prefereixen allò que els és familiar davant la novetat, són socialment i políticament conservadors.

Les persones que puntuen alt en aquesta escala es defineixen com a lliberals, creatives i tolerants. Tendeixen a la fantasia i a tenir pensaments i emocions poc

convencionals. Són persones apassionades per les manifestacions artístiques. Els agraden les novetats i viatjar.

Per contra, les persones que puntuen baix en aquesta escala són conservadores i tendeixen a seguir els camins marcats. Els costa trobar noves vies per afrontar els problemes i no els agraden els canvis, menys si aquests són radicals. Acostumen a ser més religioses”(Dolcet i Serra, 2006a).

Amabilitat (A): “les persones que puntuen alt són altruistes, considerades, confiades i solidàries. Són agradables i cordials amb els altres, es preocupen per les seves necessitats i pel seu benestar. Tendeixen a confiar en l’altre; perceben i interpreten adequadament tant les seves pròpies emocions com les de l’altre. Són persones empàtiques, capaces de ressonar emocionalment amb els altres.

Les persones que puntuen baix són fredes, egocèntriques, escèptiques i competitives. No els preocupa allò que pugui passar a la gent que les envolta i al món en general. Són persones sense escrúpols, capaces de manipular els altres per aconseguir el que volen. Si és necessari empraran la violència atès que són incapaces de percebre el dolor que provoquen”(Dolcet i Serra, 2006a).

Responsabilitat (C): “basada en l’autocontrol, no sol d’impulsos sinó també en la planificació, organització i execució de tasques. Associat a més amb la puntualitat i l’escrupolositat. El conscienciós és voluntariós i determinat, de propòsits clars.

Les persones que puntuen alt en responsabilitat són ordenades i reflexives, abans de prendre una decisió hi donen molts tombs i els agrada tenir-ho tot planificat.

Respecten les normes socials i, en general, les obligacions concretes. Tenen un elevat sentit del deure.

Per contra, la persona al pol oposat és impulsiva, poc reflexiva i incapaç d'organitzar-se i no acostuma a respectar les obligacions personals ni socials”(Dolcet i Serra, 2006a).

1.3.3. QÜESTIONARI DE PERSONALITAT: NEO-PI-R

Va ser dissenyat per Costa i McCrae (1992) específicament per avaluar el model dels Cinc Grans, incloent les facetes de cadascun, 6 per cada dimensió. Anteriorment havien desenvolupat el NEO-PI (1985) que avaluava tres dimensions (Neuroticisme, Extraversió i Obertura a l'experiència) i les seves facetes, mentre que de responsabilitat i amabilitat només avaluava els factors principals.

Les facetes que comprèn cada dimensió són:

“Neuroticisme:

- N1 (Ansietat): inclou tensió, nerviosisme, tendència a preocupar-se i a experimentar por.
- N2 (Agressió-Hostilitat): tendència a experimentar enuig i irritació.
- N3 (Depressió): sentiments de culpa, tristesa, soledat.
- N4 (Ansietat social): sentiments de vergonya, sensibilitat al ridícul.
- N5 (Impulsivitat): dificultat en el control d'impulsos i necessitats.
- N6 (Vulnerabilitat a l'estrès): dificultat per controlar l'estrès i tendència a la dependència en situacions interpretades d'emergència.

Extraversió:

- E1 (Cordialitat): capacitat per establir vincles amb altres.
- E2 (Gregarisme): preferència per estar en companyia d'altres.

- E3 (Assertivitat): recull des de la tendència a la dominància fins a la tendència a evitar confrontacions.
- E4 (Activitat): necessitat d'estar ocupat. Es caracteritza per conductes motores vigoroses.
- E5 (Cerca d'emocions): definida com la tendència a apropar-se a les fonts d'estimulació.
- E6 (Emocions positives): tendència a experimentar amb freqüència emocions d'alegria, felicitat...

Obertura a l'experiència:

- O1 (Fantasia): puntua baix la gent que prefereix ocupar-se d'allò que té entre mans.
- O2 (Estètica): apreciació de l'art i la bellesa.
- O3 (Sentiments): implica receptivitat als propis sentiments i emocions, que es valoren com importants en la vida
- O4 (Accions): interès per diferents activitats, per anar a llocs nous, menjar coses inusuals.
- O5 (Idees): obertura de ment a coses noves, a idees poc convencionals, gaudi d'arguments filosòfics
- O6 (Valors): tendència a reexaminar els valors socials, religiosos, polítics.

Amabilitat:

- A1 (Confiança): tendència a atribuir bones intencions als altres.
- A2 (Franquesa): es tracta d'individus francs, sincers i ingenus.
- A3 (Altruisme): preocupació activa per als altres, generositat, consideracions cap als altres.

- A4 (Actitud conciliadora): es refereix a les reaccions cap als conflictes, puntuen alt els cooperatius, no rancorosos, que perdonen ofenses.
- A5 (Modèstia): es tracta d'un aspecte d'autoconcepte, els que puntuen alt prefereixen passar desapercebuts.
- A6 (Sensibilitat als altres): simpatia i preocupació pels altres.

Responsabilitat:

- C1 (Competència): és el sentiment de creure's capaç, efectiu i resolutiu per a tractar amb els aspectes de la vida.
- C2 (Ordre): persones netes, ordenades i ben organitzades.
- C3 (Sentiment del deure): tendència a adherir-se estrictament als seus principis ètics i complir les seves obligacions.
- C4 (Necessitat d'assoliment): nivells d'aspiració elevats i tendència a treballar dur per aconseguir el seu objectiu.
- C5 (Autodisciplina): habilitat per iniciar tasques i dur-les a terme malgrat l'avorriment o qualsevol distracció.
- C6 (Deliberació): tendència a pensar acuradament abans d'actuar”(Dolcet i Serra, 2006a).

El qüestionari original (Costa y McCrae, 1992) ha estat traduït i validat en molts països i idiomes. Les successives rèpliques fetes en diferents cultures i països informe de coeficients de congruència factorial bons, al voltant de 0.90.

Pel que fa a la traducció al castellà, existeixen diverses publicacions que reflecteixen la validesa i consistència de la versió espanyola de TEA (1999). Aluja ,

García i García ((A. Aluja, García, & García, 2002)(A. Aluja, García, & García, 2004) utilitzen el qüestionari en població espanyola trobant bones propietats psicomètriques. Els barems a utilitzar han de tenir en compte gènere, edat i estatus acadèmic. Per a la investigació i l'actuació professional, resulten de major utilitat les facetes que els factors o tendències bàsiques (P. T. Costa, Terracciano, & McCrae, 2001)(de Miguel Negredo, 2005).

L'estructura de cinc factors en base a facetes es replica per la consistència i coherència de les respostes dels participants. És cert que en els qüestionaris de personalitat la direcció de les respostes està influïda i distorsionada per l'interès, utilitat o finalitat que l'examinat creu que pot donar-se a les seves respostes quan aquest no és anònim. Són coneguts els fenòmens del *faking bad* i *faking good* consistents en la distorsió de les respostes per part de l'examinat per “quedar malament” o “quedar bé”. No obstant, la consistència de les respostes es manté en els dos supòsits (Dolcet i Serra, 2006b) (a Aluja, Blanch, Solé, & Gallart, 2008).

Estudis fets per Lievens et al han evidenciat diferències entre perfils de personalitat d'estudiants de medicina i d'altres estudis universitaris. No s'ha trobat un únic patró de personalitat que distingeixi els estudiants de medicina dels altres estudiants. Sí que puntuen més alt en extraversió i amabilitat (F Lievens, Coetsier, De Fruyt, & De Maeseneer, 2002).

En estudis de revisions sobre perfils de personalitat en professionals de la medicina de diferents especialitats, els estereotips existents no es confirmen amb els estudis empírics. Diferents tipus de personalitat apareixen en totes les especialitats. (N. J. Borges & Savickas, 2002a).

Especialitats que involucren procediments requereixen individus a qui agradi l'excitació, puguin tolerar la incertesa i no necessitin conversar massa amb els pacients. Per altra banda, les especialitats d'atenció primària requereixin metges que estiguin més temps amb els pacients i les seves famílies, que siguin més sensibles i curiosos (Vaidya et al., 2004).

En l'estudi de Markert et al (2008) en el qual s'emprava el NEO-PI-R per a estudiar la personalitat com a factor pronòstic de l'elecció d'especialitat no es va trobar diferències en les escales d'Extraversió, Responsabilitat, mentre que hi havia nombroses variacions en les escales de Neuroticisme, Obertura a l'experiència i Amabilitat (Markert et al., 2008). Aquest i la majoria d'estudis orientats a l'elecció de l'especialitat fan referència a la intervenció d'altres factors en aquesta elecció (p.ex. expedient acadèmic, consideracions financeres, prestigi social, preferències d'estil de vida) i aspectes intrapersonals (interessos, valors i característiques de personalitat).

1.3.4. ESTABILITAT DE LA PERSONALITAT

En l'actualitat, està generalment acceptat que la personalitat no pren la seva forma definitiva o sia, no està plenament desenvolupada, fins arribar entre els 21 – 30 anys (P. T. Costa & McCrae, 1997)(McCrae & Costa, 1997). Per tant, tenint en compte que la majoria dels estudiants que volen iniciar els estudis de medicina estarien entre 17 i 21 anys, es podria qüestionar el paper del perfil de personalitat en el procés de selecció dels futurs estudiants. Però, com estudia Knights en la seva tesi, és poc probable que qualsevol canvi significatiu en els trets de personalitat tingui lloc durant els sis anys que duren els estudis (Knights, 2005).

Existeixen estudis que indiquen que al llarg de la vida adulta el Neuroticisme, l'Extraversió i l'Obertura a l'experiència disminueixen i en canvi l'Amabilitat i la Responsabilitat augmenten. Aquests canvis succeeixen més ràpidament entre els 18 i els 30 anys i els ritmes de variació disminueixen per damunt dels 30 anys (P. T. Costa & McCrae, 1997)(McCrae & Costa, 1997).

A favor d'això, hi ha estudis específics que reforcen la teoria que la personalitat romandria estable durant els sis anys que duren els estudis de medicina. Un d'ells és un estudi longitudinal de Costa i McCrae dut a terme amb persones d'entre 21 i 96 anys utilitzant la versió inicial del NEO i afegint posteriorment les escales d'Amabilitat i Responsabilitat. Van concloure que els cinc dominis mostraven estabilitat durant la llargada de l'estudi (P. T. Costa & McCrae, 1988). Posteriorment, un estudi longitudinal de Watson i Walker, dut a terme durant 7

anys amb estudiants que havien d'iniciar estudis universitaris i que al cap de 7 anys els havien acabat, va estudiar els trets d'afecte positiu (que correlacionen amb Extraversió) i trets d'afecte negatiu (que correlacionen amb Neuroticisme). Aquests trets també van mostrar estabilitat (Watson & Walker, 1996).

A més a més McCrae i col. van trobar diferències significatives entre els grups d'edat 18-21 anys i més de 30 anys, i entre els grups de 30-40 anys i els de més de 50. En tots els casos, el grup de més edat puntuava més baix en Extraversió i Obertura a l'experiència, i més alt en Amabilitat i Responsabilitat que els més joves. Hi havia també tendència que els grups més joves puntuessin més alt en Neuroticisme. Malgrat això, no hi havia diferències significatives entre els grups de 18-21 anys i els de 22-29 anys, o entre els grups de 22-29 anys i el de 30-49 anys ((McCrae et al., 1999).

Roberts et al. van fer una revisió de la literatura (92 estudis) que s'inicia amb un aclariment semàntic. Els trets de personalitat són indiscutiblement coherents en el temps i l'edat. És comú creure que si un constructe demostra coherència temporal, no canvia; aquest malentès deriva del mal ús dels termes "estabilitat", "coherència" i "canvi" que sovint s'utilitzen indistintament, sense tenir en compte que la continuïtat i el canvi agafen moltes formes i poden fins i tot donar-se simultàniament, no han de ser oposats l'un de l'altre (Block, J., 1971). Roberts et al. van concloure que la personalitat té plasticitat més enllà dels 30 anys i fins ben entrada la vellesa en el cas concret de trets com la vitalitat social, amabilitat, responsabilitat i obertura a l'experiència. També conclouen que el desenvolupament de la personalitat no és només un fenomen de la infància, sinó també de l'edat adulta. Al seu parer, l'edat adulta jove (fins als 30 anys) és el període de transició en

què les persones passen de la seva família d'origen a la seva família de destinació, des de l'educació obligatòria a una carrera i a ser membres actius de la comunitat. Les experiències de la vida i les lliçons apreses són la raó més probable d'aquest desenvolupament (Roberts, Walton, & Viechtbauer, 2006).

El factor Responsabilitat en els estudiants de medicina no canvia amb els cursos, la qual cosa indica que és una característica estable i no modificable amb l'ensenyament ni amb l'exposició clínica (Chaytor, Spence, Armstrong, & McLachlan, 2012).

1.3.5. DIFERÈNCIES EN ELS PERFILS DE PERSONALITAT DELS ESTUDIANTS DE MEDICINA

Lievens et al van estudiar si hi havia diferències entre els estudiants de medicina i els d'altres carreres a Bèlgica. Van concloure que no hi havia un únic perfil de personalitat que distingeixi els estudiants de medicina d'altres estudiants. Sí que van trobar que els estudiants de medicina puntuaven alt en Extraversió i Amabilitat, però hi havia estudiants d'altres carreres (p.ex. psicologia) que també puntuaven alt en aquestes escales. Aquests dos dominis defineixen l'esfera interpersonal, i descriuen les relacions entre individus. A més a més, són aspectes que poden beneficiar la futura pràctica professional dels metges, incloent el treball en equip i aquelles especialitats que es caracteritzen pel contacte amb el malalt (p.ex. medicina de família). També van trobar una àmplia variació dins dels perfils de personalitat dels estudiants de medicina. En particular, van trobar que estudiants que puntuaven alt en escrupolositat tenien més probabilitats que els estudis els anessin bé en l'etapa preclínica. (F Lievens et al., 2002) (Ryan D Duffy, Borges, & Hartung, 2009).

Una de les eines importants que té un professional de la medicina per desenvolupar amb èxit la seva feina és l'empatia. L'empatia actuarà de catalitzador en la relació metgepacient, en el grau de satisfacció del pacient, la confidencialitat, l'adherència al tractament, els resultats clínics, l'educació en la salut, i en general millor qualitat de vida del pacient i reducció de l'estrès (Esquerda, Yugüero, & Vi, 2015). Magalhaes et al. conclouen al seu estudi que relaciona l'empatia amb els Cinc Factors de personalitat, que l'Obertura a les

experiències i l'Amabilitat s'associen positivament amb mesures d'autoinforme de l'empatia en estudiants de Medicina. Aquestes dues dimensions de la personalitat són raonablement predictives per diferenciar entre puntuacions superiors i inferiors d'empatia en els estudiants de medicina, la qual cosa hauria de ser tingut en compte a l'hora de dissenyar programes que vulguin millorar l'empatia. (Magalhães, Costa, & Costa, 2012).

Costa et al. fan un estudi amb estudiants de medicina portuguesos i mostren que la personalitat té una contribució significativa en els estudiants més empàtics. Les dimensions que més hi contribueixen són l'Amabilitat i l'Obertura a l'experiència, com a facilitadors d'una bona relació metge pacient i per afrontar l'ambigüitat. L'absència d'una associació significativa entre l'empatia i la Responsabilitat tal i com esperaven, suggereixen que són dues construccions independents, tot i que la responsabilitat pot ser la clau en el funcionament en l'entorn de treball (P. Costa et al., 2014).

1.3.6. DIFERÈNCIES DE PERSONALITAT ENTRE GÈNERES

Hi ha la creença generalitzada que els homes són més dominants i més estables emocionalment que les dones, mentre que les dones són més agradables que els homes (Williams, Satterwhite, & Best, 1999).

Les diferències entre gèneres pel que fa a la cerca de sensacions i al neuroticisme-ansietat han estat investigades en estudis fets a diferents països (Zuckerman, 2002)(A. Aluja et al., 2006).

Pel que fa a les diferències entre gèneres dels Cinc Factors, de la revisió de la literatura se'n desprèn la tendència que les dones puntuen més alt en Neuroticisme, Amabilitat i Responsabilitat. També hi ha indicis que els homes puntuen més alt en algunes facetes d'Extraversió com ara assertivitat, cerca de sensacions i obertura a idees. Aquest patró universal de les diferències de gènere està estretament relacionat amb les diferències entre homes i dones en la prevalença de diferents formes de psicopatologia. El fet que les dones puntuen més alt en facetes de Neuroticisme, com ara depressió, ansietat i vulnerabilitat reflecteix la major prevalença de trastorns de l'estat d'ànim i ansietat en les dones. Puntuacions més baixes dels homes corresponen a la major prevalença de personalitat antisocial. (Terracciano & McCrae, 2009).

En els estudis de Hojat i Zuckerman (2008), els homes puntuen més alt en impuls-cerca de sensacions, mentre les dones puntuen més alt que els homes en neuroticisme-ansietat i escala d'activitat del ZKPQ (qüestionari de personalitat de

Zuckerman-Kuhlman), mentre que en la població que no és estudiant de medicina, són els homes els que puntuen més alt en l'escala d'activitat. Els autors consideren que puntuar alt en aquesta escala reflecteix una preferència pel treball exigent i difícil. De tota manera també apunten que els estudis de personalitats i interessos per especialitats que han fet només reflecteixen l'interès inicial, en començar la carrera, però que després durant les pràctiques aquests interessos poden anar canviant.

Mustaffa et al. troben diferències significatives entre gèneres pel que fa a l'Obertura a l'experiència, l'Amabilitat i la Responsabilitat. Les dones puntuen més alt en Responsabilitat que els homes (M. B. et al., 2012).

1.3.7. PERSONALITAT I ÈXIT ACADÈMIC

Els estudis fets amb NEO-PI-R han indicat que la Responsabilitat és un predictor vàlid en relació a l'èxit acadèmic dels estudiants anglesos (Ferguson, James, & Madeley, 2002) i dels estudiants flamencs (F Lievens et al., 2002).

Doherty i Nugent al 2011 van publicar una revisió de la literatura pel que fa als factors de personalitat i la formació mèdica. Van revisar la literatura des de 2000 a 2009. Van seleccionar set estudis d'entre els disset que van trobar. En van excloure deu que no comparaven puntuacions de test de personalitat i rendiment acadèmic o bé perquè no utilitzaven mesures objectives de personalitat o bé perquè el disseny era transversal en lloc de longitudinal. Dels set estudiats, quatre investigaven factors de personalitat i èxit acadèmic, un estudiava factors de personalitat i competència clínica i els altres tres estudiaven la relació entre factors de personalitat i estrès. Els estudis de McManus (McManus, Keeling, & Paice, 2004) i el de Lievens (Filip Lievens et al., 2009) van ser considerats els més rigorosos. Les conclusions van ser que la Responsabilitat, tal i com la mesura el NEO-PI-R, és un important factor de personalitat que prediu l'èxit a llarg termini en la formació mèdica. Aquest factor també és predictor de la vulnerabilitat a l'estrès si es presenta amb alt Neuroticisme i baixa Extraversió. En psicologia, la Responsabilitat també és un important predictor del rendiment laboral. A més a més, l'estudi conclou que els trets socials com l'Extraversió o el nivell d'autoestima i sociabilitat poden ser importants com a predictors d'èxit en el període clínic (Doherty & Nugent, 2011).

Sí que hi ha nombrosos estudis que relacionen els perfils de personalitat amb el funcionament i l'èxit dels alumnes en els estudis de medicina. La majoria d'aquests estudis indiquen que els alumnes de més alt rendiment presenten puntuacions de mitjana més altes en les escales d'Extraversió, Empatia i Obertura a l'experiència, amb excepció de l'escala de Neuroticisme (Heinze, Vargas, & Cortés Sotres, 2008)(Bratko, Chamorro-Premuzic, & Saks, 2006).

A l'estudi fet a la Universitat de València entre els anys 1988-1993 en què es relacionava la definició vocacional i els trets de personalitat, es va trobar que els seus resultats confirmaven parcialment el model de Goldstein , així els estudiants “indecisos“ tendeixen a una major inestabilitat emocional que la resta dels estudiants. Segons el model de Goldstein, l'estudiant no definit (“especialitat concreta front a especialitat general”) simplement li falta informació suficient sobre si mateix i el món, mentre que l'estudiant indecís troba el procés de definició vocacional inhibit per l'ansietat i altres factors emocionals. (Rojo-Moreno et al., 2001).

Lievens (2009) apunta que el rendiment en l'educació professional (sigui medicina, dret, administració d'empreses, farmàcia) en els últims anys depèn menys de l'adquisició de coneixements i més de qualitats interpersonals i motivacionals. L'admissió en educació professional no pot basar-se en un sol tipus de predictor. Suggereix que el veritable valor dels trets de personalitat és que el seu valor predictiu és de llarg termini, perllongant-se a la vida laboral (Filip Lievens et al., 2009).

Ser estudiant de medicina pot arribar a ser molt estressant pel tipus de situacions que es plantegen, sobretot a l'inici del contacte amb els malalts, les seves famílies i el públic en general, però també pel llarg període de formació, per l'exposició a la mort i al procés de morir. També són considerats estressants els exàmens, la gran quantitat d'informació que han d'assimilar, la manca de temps per repassar el que s'ha après, la pesada càrrega de treball. (Bob, Popescu, Pîrlog, & Buzoianu, 2014).

Hi ha estudis que mostren alt nivell de prevalença de l'estrès (entre un 21% i un 56%) , sobretot en els estudiants de primer de carrera per l'ajustament al nou entorn de formació (Dahlin, Joneborg, & Runeson, 2005).

Tyssen et al. han estudiat la relació entre Extraversió, Neuroticisme i Responsabilitat i estrès en estudiants de medicina i han trobat que aquells que puntuen alt en Extraversió i baix en Neuroticisme i Responsabilitat estan més protegits contra l'estrès. (Tyssen et al., 2007).

La Responsabilitat, l'accent en la qualitat i el rendiment són necessaris en un camp molt estressant, exigent i competitiu. Diligència, determinació i eficiència són característiques importants tant per ser un bon estudiant com per esdevenir un bon metge. Hi ha estudis que indiquen que els estudiants que puntuen alt en Responsabilitat tindrien menys depressió, i millor salut mental (Nasir, Mustaffa, Wan Shahrazad, Khairudin, & Syed Salim, 2011)(M. B. et al., 2012).

Goliszek (2015) a The New Medical School preparation and Admissions Guide 2015 de la Universitat de Carolina del Nord, diu que els trets de personalitat que són bons predictors d'èxit acadèmic són: autodisciplina i competència, responsabilitat, habilitats interpersonals, estabilitat emocional i habilitat en la gestió del temps.

1.3.8. PERSONALITAT I INTERÈS PER ESPECIALITATS

És cert que la gamma d'especialitats en l'àmbit de l'atenció a la salut és àmplia, però s'ha de reconèixer que tots els professionals de la salut, han de tenir una gamma bàsica genèrica de qualitats personals que inclouen bona habilitat interpersonal i de comunicació, fiabilitat, responsabilitat, estabilitat emocional, bona salut mental i sentit de l'ètica.

Les diverses especialitats es caracteritzen per una sèrie de factors que les fan molt diferents entre elles. Aquests factors poden ser: el lloc on es treballa (hospital o comunitari), la participació del pacient (conscient, anestesiats, com una mostra de teixit, com mostra epidemiològica), l'òrgan o teixit implicat, el temps o durada de la interacció metgepacient. Però totes elles tenen en comú que primerament s'ha de ser metge.

A l'hora d'estudiar els interessos vocacionals dels estudiants per les diferents especialitats, hi ha estudis que diferencien dos grans grups: *especialitats generals i especialitats concretes*. Al grup d'especialitats generals s'hi inclou totes aquelles que tenen una visió general del pacient i no d'un aparell, dimensió concreta del mateix o una tasca específica. Inclouria la pediatria, la cirurgia general, medicina de família i medicina interna. El grup d'especialitats concretes inclouria les diferents especialitats de la medicina interna (cardiologia, digestiu, endocrino...), de cirurgia (c. ortopèdica, c.digestiva, c.estètica...) i altres especialitats com ginecologia, psiquiatria, anàlisi, dermatologia...(Rojo-Moreno et al., 2001).

Però també hi ha altres estudis (Rojo et al., 2003) que les agrupen en 8 grans grups:

- Cirurgia general i subespecialitats
- Medicina General i Medicina Interna i subespecialitats
- Ginecologia i Obstetrícia
- Pediatria
- Psiquiatria
- Traumatologia
- Especialitats sensorials (oftalmologia, otorinolaringologia, dermatologia, estomatologia)
- Altres especialitats: anàlisi, anestesiologia, radiologia

Seguint aquesta agrupació, Rojo et al relacionen les preferències vocacionals dels estudiants (de segon curs de medicina entre 1988-1993) amb la seva personalitat que estudien mitjançant el 16-PF de Cattell. Afirmen que els que opten pels grups de Medicina Interna i Cirurgia tenen un perfil de personalitat sense característiques específiques, mentre que els estudiants afectuosos, confiats i pràctics tendeixen a preferir especialitats com Pediatria, Ginecologia i especialitats sensorials. Els estudiants sensibles i imaginatius tendeixen a escollir Psiquiatria i els durs i pràctics preferirien Traumatologia (Rojo et al., 2003).

El perfil de personalitat pot influir en l'interès inicial per determinades especialitats, si bé altres factors com ara les perspectives econòmiques, el mercat laboral, les prioritats en l'estil de vida, les experiències durant l'aprenentatge, el rol dels models i les habilitats de cadascú, poden influir en la decisió escollida finalment (Hojat & Zuckerman, 2008). Taber et al. insisteixen en el fet que els

trets de personalitat tindrien a veure amb la preferència per especialitats orientades a les persones o per especialitats tècniques, si bé només durant el primer any de carrera, quan encara no han intervingut pràcticament els altres factors (Taber, Hartung, & Borges, 2011). Molts estudis relacionen l'elecció de l'especialitat amb la personalitat abans i després de la residència (N. J. Borges & Savickas, 2002a).

La cerca de sensacions com a tret de personalitat s'associaria a vocacions amb altes dosis d'estrès com ara emergències o cirurgia (Vaidya et al., 2004). Mentre que puntuacions altes en empatia les trobaríem en especialitats com ara psiquiatria, medicina interna, pediatria, medicina d'urgències i medicina de família (Hojat et al., 2002) que són especialitats que requereixen més contacte directe i perllongat amb el pacient. El fet que moltes dones es dediquin a aquestes especialitats faria pensar que hi ha diferències entre gèneres pel que fa a les puntuacions d'aquest tret de personalitat.

En l'estudi de Vaidya et al (Vaidya et al., 2004), els estudiants que volien escollir l'especialitat de cirurgia eren més cooperatius que els altres estudiants. Schwartz et al. (Schwartz et al., 1994) troben que els cirurgians són especialment cooperatius i autodirigits; que els metges d'urgències puntuen més alt en cerca de novetats i baix en autodirecció que els metges que es dediquen a especialitats amb més contacte interpersonal o d'assistència primària. El mateix estudi també apunta que no han trobat diferències entre gèneres en la cerca de novetats si bé sí que troben que les dones tenen molt menys interès en especialitats instrumentals. També apunten que les dones estan més influenciades pels mentors a l'hora

d'escollir especialitat i pot ser aquest fet un dels que faci que hi hagi menys dones en especialitats quirúrgiques.

En l'estudi de revisió de literatura sobre la personalitat i l'elecció de l'especialitat mèdica duta a terme per Borges and Savickas (N. J. Borges & Savickas, 2002a) la principal conclusió que va treure era que cap especialitat pot ser caracteritzada per un únic patró de personalitat. En termes de característiques de personalitat, la majoria d'especialitats mèdiques requereixen unes característiques semblants, amb àmplia tolerància sobre els tipus de personalitat. O sia, quan un tret o factor de personalitat distingeix una especialitat d'una altra, sempre hi ha alguna especialitat relacionada en la qual aquest tret també és important. Una conclusió és que els estereotips sobre les personalitats de determinades especialitats no s'han pogut demostrar empíricament en les recerques dutes a terme fins al moment. Sí que indica una pèrdua de relació entre alguns trets de personalitat i determinades especialitats mèdiques. I que un patró de personalitat determinat pot encaixar en diverses especialitats i és llavors quan en l'elecció d'una d'elles hi intervé l'autoconcepte, els interessos, les necessitats, els valors i altres factors com ara la situació de cadascú, aspectes econòmics, l'entorn i fins i tot l'estil de vida. És en aquest mateix estudi on recomana que en les investigacions sobre personalitat i elecció d'especialitat mèdica s'utilitzi el NEO_PI_R com a via per poder comparar els resultats i elaborar conclusions.

A banda de tot l'exposat en relació a trets de personalitat i interès per determinades especialitats, també cal tenir present que hi ha diversos estudis (Zeldow & Daugherty, 1991) (Hojat & Zuckerman, 2008) on els estudiants que es

decanten per l'especialitat de ginecologia i obstetrícia puntuen més alt en escales de Neuroticisme-ansietat que els altres.

Les dones estan proporcionalment més representades en especialitats d'atenció primària que els homes , mentre que els homes són proporcionalment majoritaris en especialitats quirúrgiques. Les diferències entre els perfils de personalitat entre gèneres, les preferències pels estils de vida, l'empatia i les diferències d'expectatives d'ingressos econòmics entre homes i dones contribueixen a mantenir les diferències entre les preferències d'especialitats entre gèneres (Hojat et al., 2002)(Hojat & Zuckerman, 2008).

2. INVESTIGACIÓ

2. INVESTIGACIÓ

2.1. JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI

L'estudi es va plantejar l'any 1997 des d'una doble vessant: per una banda investigar sobre les característiques sociodemogràfiques dels estudiants de medicina i el tipus de persones que cursaven aquests estudis i per altra banda les actituds d'aquests estudiants de medicina en front el sofriment i la mort. Aquesta segona vessant estava a càrrec d'una altra investigadora, essent el treball de camp compartit.

Aquest plantejament posava en relació els trets de personalitat dels estudiants i la formació que rebien durant la carrera. A més intentava relacionar també els trets de personalitat amb el seu *background* vital i amb els seu futur com a metges de determinades especialitats.

Un cop posat en marxa el treball de camp de recollida de la informació, es va implantar un nou Pla d'estudis, l'anomenat Pla Bologna. Davant d'aquest fet es va decidir allargar el treball de camp i aprofitar el fet per a dur a terme un estudi comparatiu dels dos grups d'estudiants i dels dos plans d'estudi: el Pla d'Estudis 93 i el Pla Bologna.

2.2. HIPÒTESIS

1. Els perfils de personalitat dels estudiants del 2013-14 són diferents als de principi del mil·lenni.
2. En la població estudiada els perfils de personalitat de les dones són diferents als dels homes.
3. Determinats perfils de personalitat s'associen a voler fer determinades especialitats.
4. Les notes d'accés més altes poden seleccionar alguns perfils de personalitat.

2.3. OBJECTIUS

2.3.1. OBJECTIUS GENERALS

1. Conèixer els perfils de personalitat dels estudiants que accedeixen a la titulació.
2. Relacionar els perfils de personalitat amb variables sociodemogràfiques .
3. Descriure els efectes del programa de formació i del currículum ocult sobre el perfil psicològic del pregraduat.

2.3.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS

1. Conèixer les motivacions que els han dut a fer la carrera de medicina.
2. Conèixer el seu *background* personal i les experiències que han tingut abans de començar la carrera respecte de la malaltia, les minusvalideses...
3. Esbrinar les interaccions que hi pugui haver entre les diferents variables sociodemogràfiques.
4. Conèixer com els canvis en la societat poden haver influït en la formació d'aquests estudiants.
5. Descriure què diferencia el Pla d'estudis del 93 del Pla Bologna

2.4. METODOLOGIA

2.4.1. DESCRIPCIÓ DE L'ESTUDI

Aquest estudi forma part d'un projecte d'investigació més ampli que explora dades sobre la relació dels estudiants de medicina amb el sofriment i la mort i que és dut a terme des d'una vessant psicopedagògica. Aquest aspecte és el que es reflecteix en una part del qüestionari sociodemogràfic elaborat pel projecte.

L'estudi s'ha fet a la Facultat de Medicina de la UdL en l'interval dels anys 1999 al 2014. Es va presentar el projecte i es va sol·licitar autorització al Deganat prèviament a iniciar el treball de camp (annex 4).

Els subjectes d'estudi per tant eren estudiants de la Facultat de Medicina de la UdL dels cursos 1r, 3r, 4t i 6è corresponents als cursos inicials i finals del període preclínic i clínic o de contacte amb el malalt. La distribució d'alumnes matriculats en aquests cursos durant el període d'estudi i els anys que es va passar l'enquesta van ser, segons dades de les memòries de la UdL dels respectius cursos, un total de 2812, amb la distribució que mostra la taula 5:

Curs escolar	Nou accés 1er	Total 1er cicle	Total 2n cicle	Totals
1999-2000	102	329	208	537
2000-01	109	313	250	563
2002-03	116	307	276	583
2003-04	105	176	412	588
2013-14	125			541
Total	557			2812

Taula 5. Distribució d'alumnes matriculats a la Facultat de Medicina de la UdL per curs durant els anys que es va passar enquestes

Durant el període de recollida de dades ha tingut lloc el canvi de pla d'estudis per adequar-lo a l'Espai Educatiu Europeu, l'anomenat pla Bologna. Aquest nou pla d'estudi es va implantar al curs 2009-2010.

La participació a l'estudi ha estat totalment voluntària. Els qüestionaris s'han passat en horari lectiu sense avisar prèviament l'alumnat. El professor que col·laborava cedint la seva hora lectiva, feia una presentació de l'estudi i de les persones que estàvem treballant en ell. Es demanava la col·laboració dels alumnes sense cap contraprestació, només apel·lant al seu esperit científic i entregant-los una carta de presentació junt amb el qüestionari.

Els alumnes assistents aquell dia a classe que no volien col·laborar abandonaven l'aula. La taxa de no col·laboració per abandonament de l'aula dels alumnes assistents aquell dia, aquella hora de classe, va ser de menys d'un 4,4% dels assistents en el cas dels alumnes de primer i de menys d'un 12% dels assistents en global en la resta de cursos.

Dels alumnes que van col·laborar i van entregar el qüestionari (682), un 95,3 % dels alumnes de primer (164 alumnes) i un 92,5% dels alumnes de la resta de cursos (472 alumnes) el van emplenar totalment. Per tant, la mostra total d'estudiants que van contestar tot el qüestionari, inclòs el test de personalitat va ser de 636 alumnes.

El procés queda representat a la fig. 4.

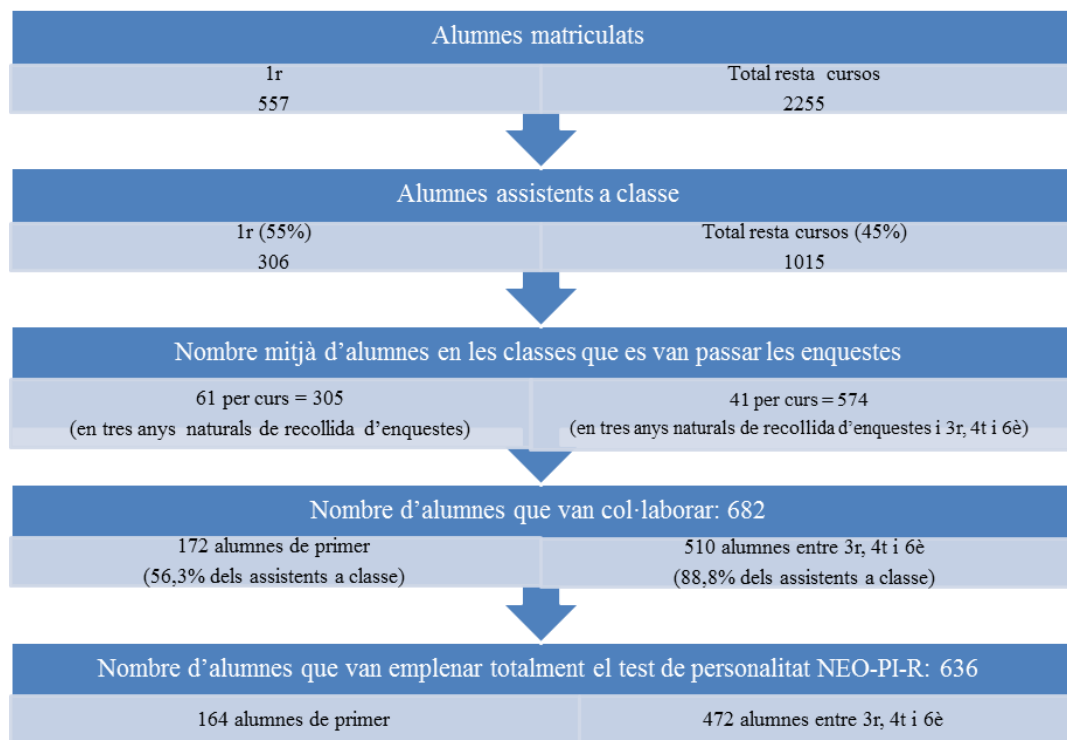


Figura 4. Diagrama del procés de recollida d'enquestes.

L'enquesta va ser totalment anònima; s'ha garantit la confidencialitat de les dades individuals.

Als estudiants se'ls va passar un dossier amb una enquesta sobre aspectes sociodemogràfics, edat en què es va prendre la decisió d'estudiar medicina, influències a l'hora de prendre la decisió d'estudiar medicina, antecedents familiars de medicina o infermeria, especialitat que li agradaria exercir, tasques de voluntariat prèvies, experiències personals o familiars de malaltia, minusvalidesa o de mort.

A continuació se'ls passava un inventari de personalitat , NEO-PI- R (Paul T. Costa i altres, adaptat al castellà per Aluja i col). Consta de 240 ítems amb 5 modalitats de resposta i una sèrie d'adjectius bipolars o contraposats en què l'estudiant s'ha d'autoavaluar de l'1 al 9.

Les dades obtingudes a l'enquesta van ser categoritzades i processades. Es va obtenir un perfil de personalitat de cada alumne enquestat.

L'anàlisi estadística s'ha fet mitjançant SPSS. S'ha utilitzat proves per a dades independents i multivariants.

2.4.2. SUBJECTES I MOSTREIG

El nombre total d'alumnes que van col·laborar emplenant i entregant els qüestionaris va ser de 682. El nombre d'alumnes que van emplenar totalment els qüestionaris, inclòs el test de personalitat en la seva totalitat, va ser de 636 dels quals 181 corresponen al curs 2013-14 i, per tant, han seguit el nou pla d'estudis del Grau de Medicina de l'anomenat pla Bologna i els altres 455 corresponen a cursos del 1999 a 2004 (taula 6) que han seguit el pla d'estudis de la Llicenciatura de Medicina en què es diferenciava clarament un període preclínic i un període clínic.

Any	1r	3r	4t	6è
1999	55	68	25	48
2003	39	58	73	89
2013	70	90	21	
Total	164	216	119	137

Taula 6. Distribució d'alumnes per anys d'enquesta i curs.

2.4.3. CRITERIS D'INCLUSIÓ

Els criteris d'inclusió han estat:

- Estar matriculat a la carrera de medicina en el curs que es va passar l'enquesta aquell any.
- Haver anat a classe el dia que es passava l'enquesta. Aquest dia no estava anunciat prèviament.
- Donar el consentiment informat explícit per tal de participar a l'estudi. S'entenia com a tal que l'alumne, després de la presentació de les investigadores i l'estudi, romangués a l'aula disposat a complimentar el qüestionari.

2.4.4. CRITERIS D'EXCLUSIÓ

El primer criteri d'exclusió era que l'alumne manifestés no voler participar a l'estudi. Ho podia dir o bé podia marxar de l'aula sense donar cap mena d'explicació.

El segon criteri d'exclusió ha estat bàsicament haver deixat incomplet el test de personalitat.

Es van haver d'excloure 7 casos per no haver omplert el qüestionari sociodemogràfic completament, quedant 675 participants. I altres 39 casos més per no haver omplert totalment el test de personalitat, de manera que van quedar per l'estudi de personalitat 636 participants.

2.4.5. DESCRIPCIÓ DE LES VARIABLES

A continuació es fa una descripció de les variables que consten al full de recollida de dades que consta a l'annex núm. 1.

A. Variables personals: gènere, edat, residència, economia, lloc on s'ha cursat el batxillerat, els antecedents familiars metges.

B. Variables referides als estudis de medicina: època decisòria d'estudiar medicina, rotatori en curs, especialitat que li agradaria fer, canvi d'especialitat que li agrada fer originat pel rotatori, el perquè del canvi.

C. Variables referides a l'altruisme: voluntariat, visitar malalts.

D. Variables referides a la salut: percepció pròpia de salut, experiència de malaltia greu o minusvalidesa pròpia, experiència hospitalària pròpia.

E. Variables referides a la vivència de la mort: experiència de mort propera, relació/parentiu amb l'experiència de mort propera, experiència de mort presencial.

F. Variables referides a la personalitat: neuroticisme, extraversió, amabilitat, responsabilitat, obertura.

A continuació, passem a descriure aquestes variables:

A. Variables personals

GRUP VARIABLES	VARIABLES	VALORS
Personals	Gènere	1- Home 2- Dona
	Residència	1- Ciutat gran 2- Ciutat petita 3- poble \geq 2.500 h 4- $<$ 2.500 h
	Residència escolar	1- Pares 2- Altres familiars 3- Residència 4- En parella 5- Amb companys 6- Sol
	Autonomia econòmica	1- Sí 2- No
	Finançament dels estudis	1- Beca Ministeri 2- Altres ajudes Institucions 3- Treball propi 4- Ajuda pares/tutors 5- Ajuda d'un altre familiar 6- Altres mitjans
	Lloc on ha estudiat batxillerat	1- Escola pública ciutat 2- Privada religiosa ciutat 3- Privada laica ciutat 4- Escola pública poble 5- Privada religiosa poble 6- Privada laica poble
	Antecedents metges	1- Sí 2- No
	Antecedents infermers	1- Sí 2- No
	Amic infantesa que estudiï medicina	1- Sí 2- No

Taula 7. Relació de variables personals.

- Gènere: la definició recollida del Termcat diu que és una construcció social i cultural basada en les diferències biològiques entre els sexes (peculiaritats bioquímiques, fisiològiques i orgàniques) que assigna diferents característiques emocionals, intel·lectuals i comportamentals a homes i dones, variables segons la societat i l'època històrica.

Es tracta d'una variable qualitativa dicotòmica, amb dues categories: home i dona.

A partir d'aquesta dada es pretén constatar la distribució de la població.

- Edat: temps en anys transcorreguts des de la data de naixement dels individus.

Es tracta d'una variable quantitativa.

A partir d'aquesta dada es pretén constatar la distribució de la població.

- Residència : lloc on es situa l'habitatge familiar de procedència dels subjectes a estudi.

Es tracta d'una variable qualitativa politèmica, amb quatre categories: ciutat gran, ciutat petita, poble ≥ 2.500 h., poble < 2.500 h.

A partir d'aquesta dada es pretén conèixer la distribució de la població atès que hem pensat que podia haver-hi diferències entre la gent que viu en un poble petit o la que viu en una ciutat. De tota manera el concepte de ciutat és una mica ampli i no s'establia el criteri de diferència entre ciutat gran i petita.

- Residència durant el curs escolar: és a dir, amb qui viuen els subjectes durant el curs escolar.

Es tracta d'una variable qualitativa politòmica, amb sis categories: amb els pares, amb altres familiars, en una residència, en parella, amb companys, sol.

A partir d'aquesta dada es pretén conèixer com els estudiants es desenvolupen durant el període d'estudis. Permet diferenciar els que continuen visquen al domicili familiar dels que han de marxar fora d'ell. Per una banda pot ser un indicador de les possibilitats econòmiques de la família donat que viure fora del domicili familiar comporta una important despesa econòmica. I per altra banda es pot considerar que viure fora del recinte familiar fa que s'assumeixin unes responsabilitats que a casa prenen els pares. El fet de viure en parella pot ser que faci que la persona tingui una sèrie de criteris formats, només pel fet de tenir cura i responsabilitat de l'altre amb qui conviu.

- Autonomia econòmica: si disposa de mitjans econòmics propis per a fer front a les despeses dels estudis universitaris i quotidianes diàries en general.

Es tracta d'una variable qualitativa dicotòmica amb dues categories: sí, no

- Finançament dels estudis: procedència dels recursos econòmics amb què afronta el pagament dels estudis.

Es tracta d'una variable qualitativa politòmica amb sis categories: beca del ministeri, altres ajudes institucionals, treball propi, ajuda de pares/tutors, ajuda d'un altre familiar, altres mitjans.

Amb aquesta dada juntament amb l'anterior es pretén intuir les possibilitats econòmiques de la família de procedència, el desenvolupament que tenen amb el tema dels diners i la disponibilitat d'aquests. El fet de disposar o no de beca orienta de les possibilitats econòmiques de la família.

- Lloc on s'ha cursat el BUP-ESO o batxillerat:

Es tracta d'una variable qualitativa politòmica amb quatre categories: escola pública de ciutat, escola concertada/privada de ciutat, escola pública de poble, escola concertada/privada de poble.

A partir d'aquesta dada es pretén conèixer l'escola on s'han realitzat els estudis anteriors a la universitat, si era pública o privada, de poble o de ciutat per poder-ho relacionar amb les notes d'accés a la titulació.

- Antecedents familiars metges:

Es tracta d'una variable qualitativa dicotòmica, amb dues categories: sí, no.

A partir d'aquesta dada es pretén conèixer com la professió dels pares o altres familiars pot marcar o ajudar a tenir unes actituds davant els estudis, la professió futura o la vida en general.

- Antecedents familiars infermers:

Es tracta d'una variable qualitativa dicotòmica amb dues categories: sí, no.

A partir d'aquesta dada es pretén conèixer com la professió dels pares o altres familiars pot marcar o ajudar a tenir unes actituds davant els estudis, la professió futura o la vida en general.

• Amic de la infantesa que estudiï medicina:

Es tracta d'una variable qualitativa dicotòmica amb dues categories: sí, no.

A partir d'aquesta dada es pretén conèixer si hi ha hagut una possible influència per part d'algun amic/amiga.

B. Variables referides a la medicina

GRUP VARIABLES	VARIABLES	VALORS
Medicina	Època decisòria d'estudiar medicina	1- De 0 a 14 anys 2- De 15 a 17 anys 3- 18 o més anys
	Rotatori en curs	1- cap 2- Anestèsia 3- Med. Família/Urgències 4- Medicina Interna 5- Obstetrícia-Ginecologia 6- Pediatria 7- Psiquiatria 8- Radiologia i Laboratori 9- Especialitats Subquirúrg. 10- Cirurgia
	Canvi d'especialitat originat pel rotatori	1- Sí 2- No
	Perquè del canvi d'especialitat	1- No 2- Conèixer funcionament 3- No la tenia definida 4- Ha agradat o no 5- Tutors
	Especialitat que agradaria exercir	1- Anestèsia 2- Med. Família/Urgències 3- Medicina Interna 4- Obstetrícia-Ginecologia 5- Pediatria 6- Psiquiatria 7- Radiologia i Laboratori 8- Especialitats Subquirúrg. 9- Cirurgia

Taula 8. Relació de variables referides a la medicina.

- Època decisòria d'estudiar medicina: temps en què l'estudiant pren la decisió d'estudiar la carrera de medicina.

Es tracta d'una variable quantitativa politèmica amb tres categories: de 0 a 14 anys, de 14 a 17 anys, de 18 o més anys.

A partir d'aquesta dada es pretén conèixer si l'elecció de la carrera ja era una cosa pensada en edat primerenca i/o reflexionada de gran.

- Rotatori en curs: lloc i/o especialitat on està fent les pràctiques clíniques l'estudiant en la data que emplena el qüestionari.

Es tracta d'una variable qualitativa que s'expressa en deu categories: cap, Anestèsia, Medicina de Família/Urgències, Medicina Interna, Obstetrícia i Ginecologia, Pediatria, Psiquiatria, Radiologia i Laboratori, Especialitats Subquirúrgiques, Cirurgia .

A partir d'aquesta dada es pretén conèixer com fer un rotatori o un altre influïa en els estudiants, conscients que no només marca l'especialitat com a tal sinó, també, la o les persones (docents i no docents) amb què es té contacte durant les pràctiques.

- Canvi d'elecció d'especialitat originat pels rotatoris fets:

Es tracta d'una variable qualitativa dicotòmica amb dues categories: sí, no.

A partir d'aquesta dada es pretén conèixer si l'experiència d'haver fet un rotatori o un altre influeix en la posterior elecció de l'especialitat.

- Motiu del canvi d'especialitat: raó que mou a fer un canvi de l'especialitat desitjada a l'iniciar els estudis de medicina.

Es tracta d'una variable qualitativa politèmica amb cinc categories: no, conèixer funcionament, no la tenia definida, ha agradat o no, tutors.

A partir d'aquesta dada es pretén conèixer què ha originat el canvi d'elecció de l'especialitat.

- Especialitat que m'agradaria fer: tipologia d'especialitat escollida.

Es tracta d'una variable qualitativa politèmica amb nou categories: Anestèsia, Medicina de Família/Urgències, Medicina Interna, Obstetrícia i Ginecologia, Pediatria, Psiquiatria, Radiologia i Laboratori, Especialitats Subquirúrgiques, Cirurgia.

A partir d'aquesta dada es pretén conèixer com tenir o no pensat o decidit quina especialitat es vol fer en acabar la carrera, ens dona informació sobre l'estudiant i la seva personalitat.

C. Variables referides a l'altruisme

GRUP VARIABLES	VARIABLES	VALORS
Altruisme	Fer tasques de voluntariat	1- Sí 2- No
	Visitar familiars Malalts	1- Sí 2- No

Taula 9. Relació de variables referides a l'altruisme.

- Fer tasques de voluntariat: treballar en pro d'altri de manera altruista.

Es tracta d'una variable qualitativa dicotòmica amb dues categories: sí, no.

- Visitar malalts: interessar-se per qui pateix una malaltia.

Es tracta d'una variable qualitativa dicotòmica amb dues en categories: sí, no.

A partir d'aquesta dada i de l'anterior es pretén conèixer si, endemés de pensar en els altres, es té vocació de servei i ajuda als altres.

D. Variables referides a la salut

GRUP VARIABLES	VARIABLES	VALORS
Salut	Percepció de salut pròpia	1- Sí 2- No
	Malaltia/minusvalidesa pròpia	1- Sí 2- No
	Malaltia/minusvalidesa familiars propers	1- Sí 2- No
	Malaltia/minusvalidesa amics	1- Sí 2- No
	Ingrés hospital per intervenció pròpia	1- Sí 2- No
	Ingrés hospital per malaltia pròpia	1- Sí 2- No

Taula 10 . Relació de variables referides a la salut.

- Percepció de salut pròpia: certesa i sentiment d'estar o no saludable.
- Experiència pròpia de malaltia greu o minusvalidesa: viure en propi cos una malaltia greu o minusvalidesa.

- Experiència de malaltia greu o minusvalidesa en familiars propers: viure en l'entorn familiar una malaltia greu o minusvalidesa.
- Experiència pròpia de malaltia greu o minusvalidesa en amics: viure en l'entorn proper una malaltia greu o minusvalidesa.
- Experiència hospitalària pròpia per intervenció: haver estat ingressat en un centre mèdic sanitari arran d'una operació quirúrgica.
- Experiència hospitalària pròpia per malaltia: haver estat ingressat en un centre hospitalari per una malaltia.

Aquest grup de variables són qualitatives dicotòmiques amb dues categories: sí, no.

A partir de les dades d'aquest grup de variables es pretén conèixer com, saber-se sa i saludable i no haver conviscut amb malalties o minusvalideses, influeix en les diferents actituds de qui pateix problemes de salut o sap què és una malaltia greu d'un familiar o amic proper, i se sap posar al lloc de l'altre.

E. Variables referides a la personalitat

Grup variables	Variables	VALORS
Personalitat	Test NEO-PI-R	240 Ítems. Resposta: 1 al 5

Taula 11. Relació de variables referides a la personalitat.

- Personalitat del subjecte a estudi

Es tracta d'una variable quantitativa a partir de la qual es pretén conèixer la personalitat de l'individu a estudi expressada en cinc dimensions.

2.4.6. TRACTAMENT - ANÀLISI DE DADES

Les dades s'han introduït en una base de dades en la qual s'han obviat les dades identificatives de cada alumne.

Les variables numèriques estan descrites mitjançant estadístics de centralitat (mitja, mediana) i de dispersió (desviació típica, rang). Les variables categòriques es resumeixen mitjançant taules de freqüència amb percentatges.

Les comparacions de variables entre grups s'han realitzat mitjançant proves per grups independents : en el cas de variables numèriques, T de Student o U de Mann-Whitney, segons si la distribució de les dades recomana emprar mètodes paramètrics o no, respectivament; i el test chi-quadrat o exacte de Fisher en el cas de variables categòriques.

En general, s'han considerat estadísticament significatius els resultats dels tests amb p-valor menor que 0,05.

S'ha emprat el software estadístic SPSS (Armonk, NY: IBM Corp.) per realitzar les anàlisis estadístiques.

2.4.7. DESCRIPCIÓ DE LA MOSTRA

2.4.7.1. Gènere

Dels 675 estudiants participants de la mostra global, 502 (74,4%) són dones i 173 (25,6%) són homes.

Dels 636 estudiants que van contestar completament el test de personalitat, 476 (74,8%) són dones i 160 (25,2%) són homes, tal i com s'aprecia a la figura 5.

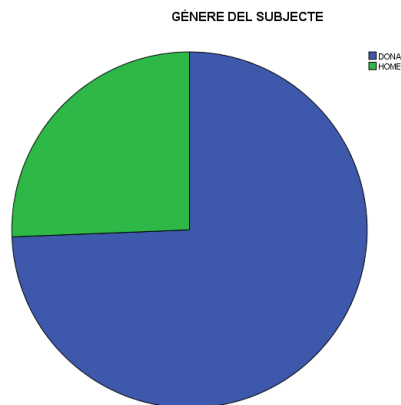


Figura 5. Distribució dels estudiants participants per gènere.

2.4.7.2. Edat

L'edat mitjana dels estudiants participants de la mostra global és de 21,3 anys (mitja 21, SD 2,45, rang 18-37).

L'edat mitjana dels estudiants que van contestar completament el test de personalitat és de 21,28 anys (mitja 21, SD 2,47, rang 18-37). En la figura 6 es pot apreciar la distribució per edats dels estudiants.

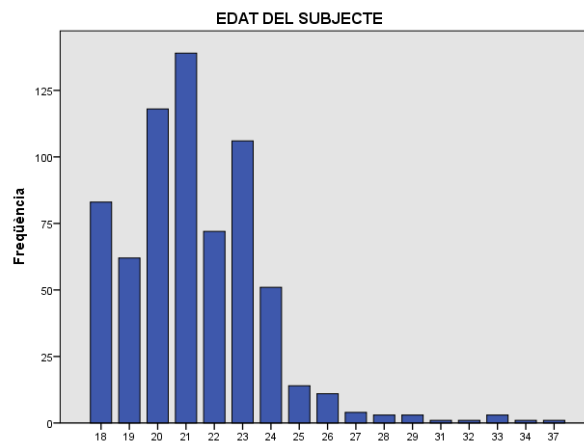


Figura 6. Distribució per edat dels estudiants

2.4.7.3. Curs

La distribució per cursos de la mostra global és: 172 estudiants de 1r de medicina (25,4 %), 224 estudiants de 3r de medicina (33,1 %), 122 estudiants de 4t de medicina (18%) i 158 estudiants de 6è de medicina (23,4 %).

La distribució per cursos de la mostra que ha contestat completament el test de personalitat és: 164 estudiants de 1r de medicina (25,8 %), 216 estudiants de 3r de medicina (34 %), 119 estudiants de 4t de medicina (18,7%) i 137 estudiants de 6è de medicina (21,5 %), tal com es mostra a la figura 7.

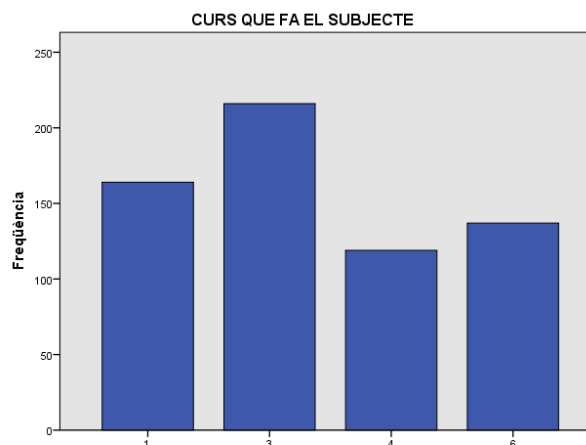


Figura 7. Distribució per cursos

2.5.1.4. Any enquesta

Pel que fa a l'any de recollida de l'enquesta, de la mostra global de 675 estudiants 228 enquestes d'estudiants la van complimentar l'any 1999 (33,4%), 266 ho van fer l'any 2003 (39%) i 182 l'any 2013 (26,6%).

De la mostra que va completar el test de personalitat, 196 enquestes d'estudiants la van complimentar l'any 1999 (30,8%), 259 ho van fer l'any 2003 (40,7%) i 181 l'any 2013 (28,5%), tal i com es mostra a la figura 8.

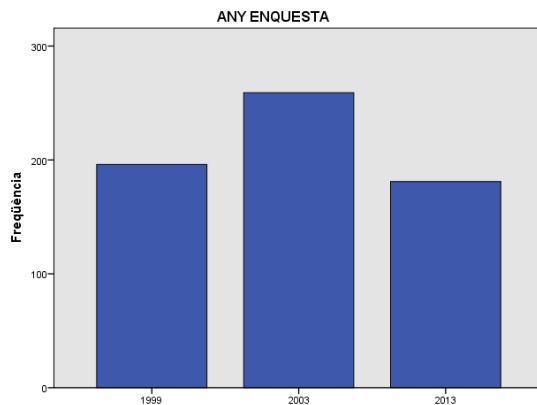


Figura 8. Distribució per anys de la mostra

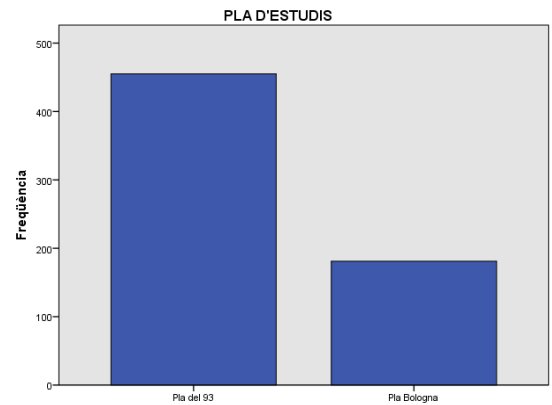


Fig. 9. Distribució segons pla d'estudis

Dels estudiants enquestats, de la mostra global de 675 estudiants, 182 pertanyen al Pla d'estudis Bologna i 494 són del pla d'estudis anterior.

Pel que fa als que van contestar completament el test de personalitat 181 pertanyen al Pla d'estudis Bologna i 455 són del Pla del 93, tal i com mostra la figura 9.

2.4.7.5. Residència familiar

Dels estudiants de la mostra global, 109 provenen d'una ciutat gran (16,1%), 358 d'una ciutat petita (53%), 126 estudiants provenen de pobles grans de >2500 habitants (18,7%) i 82 de pobles petits <2500 habitants (12,1%). Així doncs, 467 d'ells diuen ser de procedència urbana (69,1%) mentre que 208 diuen ser d'entorn rural (30,9%).

Pel que fa a la mostra d'estudiants enquestats i que van completar el test de personalitat, 104 provenen d'una ciutat gran (16,4%), 332 d'una ciutat petita (52,2%), 124 estudiants provenen de pobles grans de >2500 habitants (19,5%) i 75 de pobles petits <2500 habitants (11,8%). Així doncs, 436 d'ells diuen ser de procedència urbana (68,5%) mentre que 200 diuen ser d'entorn rural (31,5%).

La figura 10 mostra la distribució segons la procedència de la residència familiar

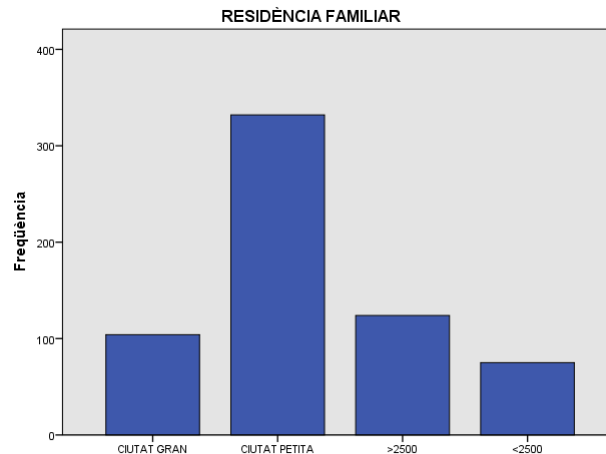


Figura 10. Distribució de procedència de residència familiar

2.4.7.6. Residència durant el curs escolar

Dels estudiants enquestats en la mostra global, 260 viuen amb els pares (38,5%), 18 viuen en parella (2,7%), mentre que 269 viuen amb companys (39,8%), 90 viuen en residència (13,3%), 21 diu viure amb altres familiars (3,1%) i 17 han dit viure sols (2,5%).

Dels estudiants que van contestar completament el test de personalitat 239 viuen amb els pares (37,6%), 17 viuen en parella (2,7%), mentre que 258 viuen amb companys (40,6%), 85 viuen en residència (13,4%), 19 diu viure amb altres familiars (3%) i 17 han dit viure sols (2,7%).

Per tant, s'intueix que un 40,3 % continua vivint al domicili habitual, mentre que un 59,7% són de fora de les comarques de Ponent i viuen fora de casa.

La figura 11 mostra la distribució segons la residència durant el curs escolar

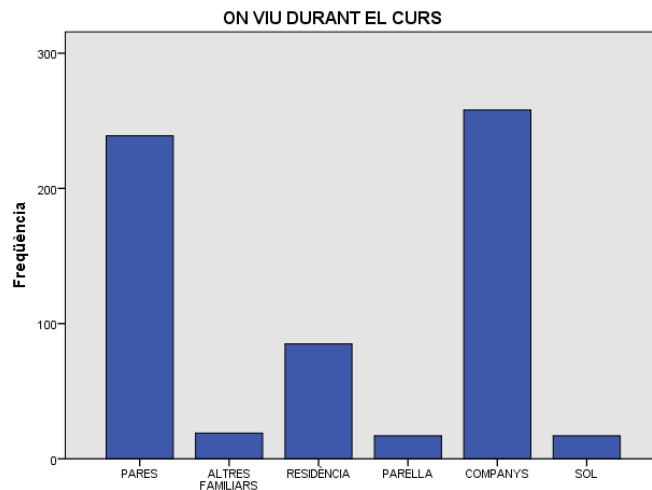


Figura 11. Distribució de residència durant el curs escolar

2.4.7.7 Dependència econòmicament dels pares o tutors

A la qüestió de si depenen econòmicament dels pares o tutors, de la mostra global de 675 estudiants, 640 són dependents econòmicament (94,8 %) mentre que 35 són autònoms econòmicament (5,2 %). Quan la pregunta és si tenen treball propi, 113 estudiants ha contestat que sí (16,7%), però els seus ingressos no els permeten considerar-se autònoms econòmicament.

Pel que fa als estudiants que han contestat completament el test de personalitat, 602 estudiants són dependents econòmicament (94,6 %) mentre que 34 són autònoms econòmicament (5,4 %), tal i com mostra la figura 13.

Quan la pregunta és si tenen treball propi, 108 estudiants ha contestat que sí (17%), però els seus ingressos no els permeten considerar-se autònoms econòmicament.

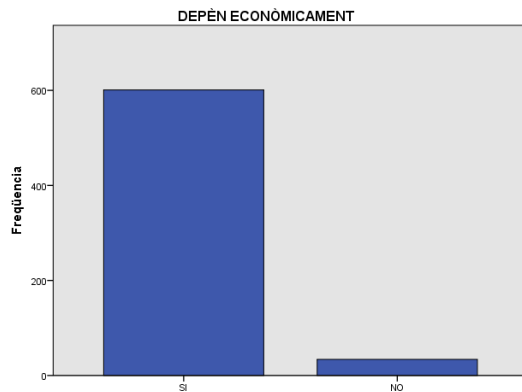


Figura 12. Distribució de dependència econòmica

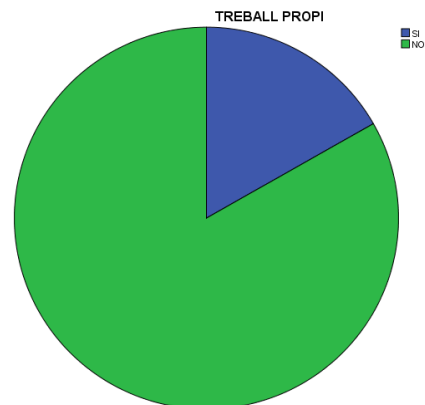


Figura 13. Distribució de treball propi

2.4.7.8 Beca ministeri

A la pregunta de com es finança els estudis, de la mostra global d'estudiants enquestats, 164 dels estudiants (24,3%) han manifestat tenir beca del ministeri, mentre que 511 (75,7%) han manifestat que no en tenen. A més, 605 estudiants (89,5%) han dit que els ajudaven els pares o tutors mentre que 70 (10,4%) han dit que no rebien ajuda dels pares o tutors, però 26 d'ells han dit que sí que rebien ajudes d'altres familiars (3,8%)

Pel que fa a la mostra de 636 estudiants que han contestat completament el test de personalitat, a la pregunta de com es finança els estudis, 156 dels estudiants enquestats (24,5%) han manifestat tenir beca del ministeri, mentre que 480 (75,5%) han manifestat que no en tenen, tal i com recull la figura 14.

A més, 570 (89,6%) estudiants han dit que els ajudaven els pares o tutors mentre que 66 (10,4%) han dit que no rebien ajuda dels pares o tutors (figura 15), però 24 d'ells han dit que sí que rebien ajudes d'altres familiars (3,8%)

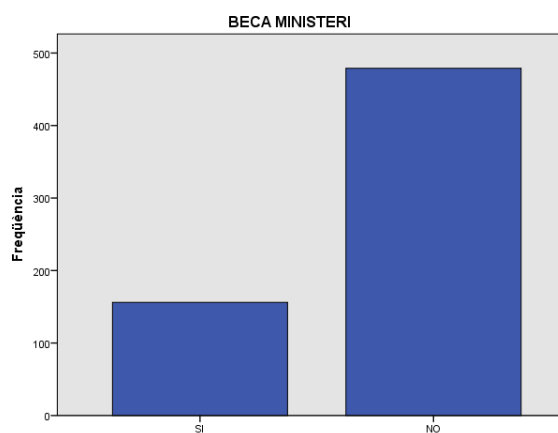


Figura 14. Distribució de beca ministeri

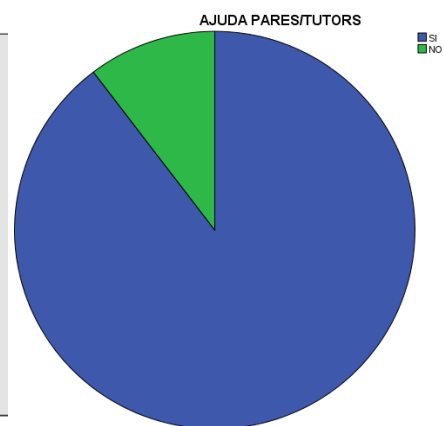


Figura 15. Distribució d'ajuda pares/tutors

2.4.7.9 Vacances familiars

Respecte als llocs de vacances dels estudiants de la mostra global, 255 les passen a casa (37,8%), 223 han dit anar a la platja o a la muntanya (33%), 89 fan un viatge nacional (13,2%) i 108 fan un viatge a l'estranger (16%).

De la mostra que han contestat completament el test de personalitat, en relació a les vacances familiars, 243 les passen a casa (38,2%), 200 han dit anar a la platja o a la muntanya (31,4%), 87 fan un viatge nacional (13,7%) i 105 fan un viatge a l'estranger (16,5%), tal i com mostra la fig. 16.

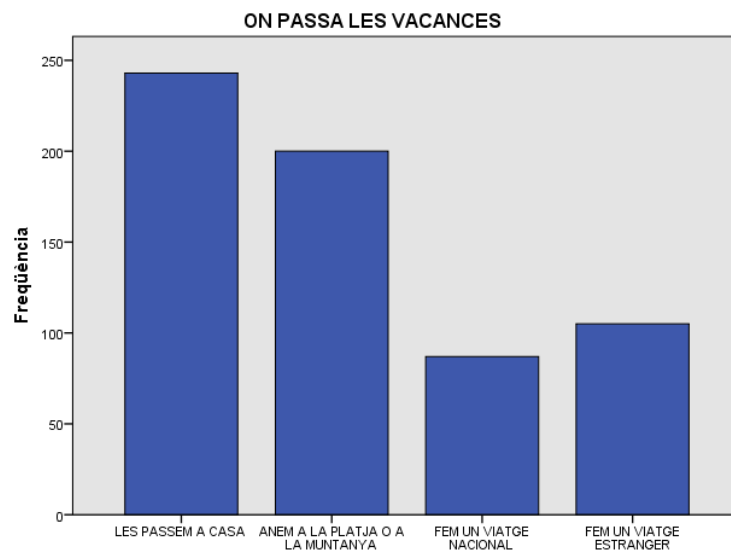


Figura 16. Distribució de vacances familiars dels estudiants de medicina

2.4.7.10 Centre on han estudiat BUP /ESO/ batxillerat

En relació al centre on han realitzat els estudis previs de BUP o ESO / batxillerat, en la mostra de 675 estudiants, dels estudiants que provenen de ciutat, 265 (39,5 % del total de la mostra) els han realitzat en escola concertada/privada i 245 (36,5% del total de la mostra) en escola pública. Dels alumnes que provenen de poble, 24

han realitzat estudis en escola concertada/ privada (3,6 % del total de la mostra) i 137 (20,4 % del total de la mostra) en escola pública.

En la mostra d'estudiants que han contestat completament el test de personalitat, dels estudiants que provenen de ciutat, 242 (38 %) han estat escolaritzats en centres concertats/privats i 236 (37,1%) en centre públics, la qual cosa indica que hi ha estudiants de procedència rural que han anat a estudiar a la ciutat. Dels alumnes que provenen de poble, 24 han realitzat estudis en escola concertada/ privada (3,8 %) i 134 (21 %) en escola pública. En la figura 17, es mostra la distribució per escoles de procedència.

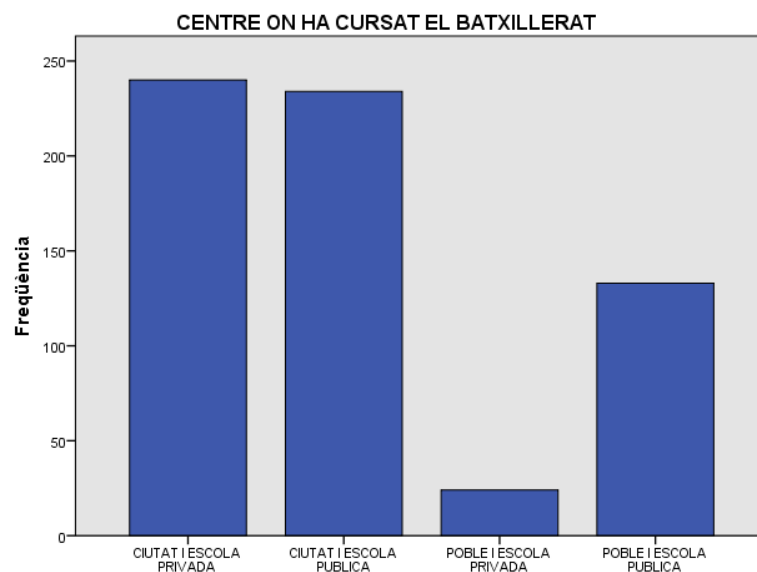


Figura 17. Distribució dels estudiants segons les escoles de procedència

2.4.7.11 Professió pares i família

Pel que fa als antecedents familiars de professionals de la salut, en la mostra global, dels 675 estudiants 73 tenen el pare metge (10,7%), 13 d'ells tenen pare infermer o que treballa en ciències de la salut (2,1%), 97 tenen pare amb altra formació universitària (14,3%), 404 estudiants tenen un pare sense professió qualificada (64%) i 42 estudiants tenen el pare jubilat (6,7%).

Pel que fa a la mostra que va contestar completament el test de personalitat, dels 636 estudiants, 68 tenen el pare metge (10,7%), 12 d'ells tenen pare infermer o que treballa en ciències de la salut (1,9%), 93 tenen pare amb altra formació universitària (14,1%), 380 estudiants tenen un pare sense professió qualificada (59,7%) i 38 estudiants tenen el pare jubilat (5,7%). Aquesta distribució queda reflectida a la fig. 18.

En relació a la professió de la mare, de la mostra de 675 estudiants, 23 estudiants han dit que tenien una mare metgessa (3,6%), 58 d'ells han dit tenir una mare infermera (8,8%), 117 tenen mares amb altra formació universitària (18,4%), 229 tenen una mare amb professió no qualificada (35,9%), 212 estant jubilades o són mestresses de casa (33,3%).

Pel que fa a la mostra dels estudiants que han contestat completament el test de personalitat, dels 636 estudiants, 22 han dit tenir una mare metgessa (3,5%), 54 d'ells tenir una mare infermera (8,5%), 111 tenir mares amb altra formació universitària (17,5%), 218 tenir una mare amb professió no qualificada (34,3%), 194 estan jubilades o són mestresses de casa (30,5%). Aquesta distribució queda reflectida a la fig.19.

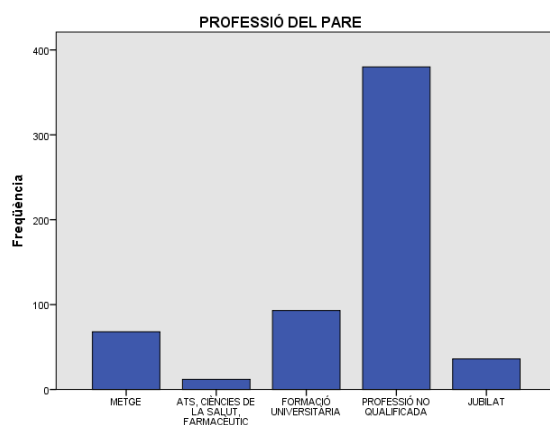


Figura 18. Distribució de professió del pare

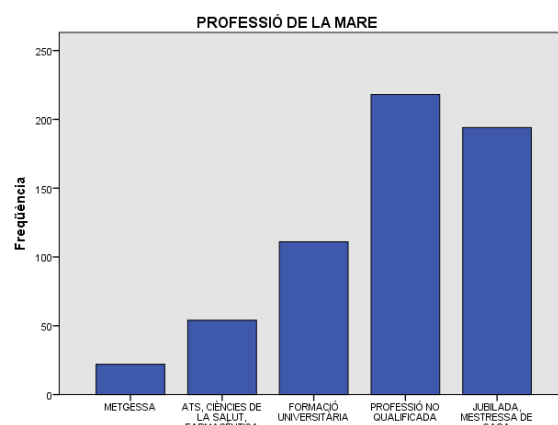


Figura 19. Distribució de professió de la mare

Respecte a la presència en general de professionals metges a la família, de la mostra global, 186 (27,6%) tenen algun professional metge a la família i 489 (72,4%) no en tenen. Dels que tenen familiar metge, 83 són el pare o la mare, 26 estudiants tenen un germà metge, 13 tenen un avi metge i 59 un tiet,

Pel que fa a la mostra de 636 estudiants, 178 (28%) han dit que tenen algun professional metge a la família i 458 (72%) no en tenen.

Dels que tenen familiar metge, 79 són el pare o la mare, 25 estudiants tenen un germà metge, 12 tenen un avi metge i 57 un tiet, tal i com mostra la figura 20

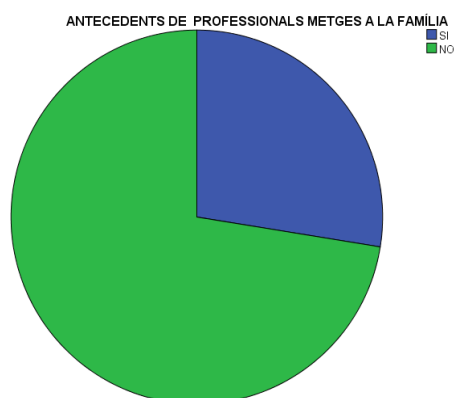


Figura 20. Distribució de familiar metge

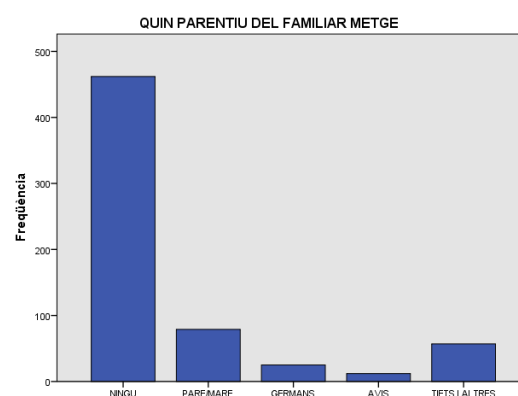


Figura 21. Distribució de relació familiar metge dels estudiants

Pel que fa als professionals infermers a la família, en la mostra global, 175 (25,9%) tenen algun professional infermer a la família i 496 (73,4%) no en tenen. Dels que han dit tenir familiars infermers, 56 eren els pares (8,3%), 14 eren els germans (2,1%), 19 eren els avis (2,8%) i 86 eren els tiets (12,7%). ,

En la mostra de 636 estudiants que han contestat completament el test de personalitat, pel que fa als professionals infermers a la família, 168 (26,3%) han dit tenir algun professional infermer a la família i 469 (73,7%) han dit no tenir-ne. Dels que han dit tenir familiars infermers, 54 eren els pares (8,5%), 13 eren els germans (2%), 19 eren els avis (2,8%) i 80 eren els tiets (12,6%). Aquesta distribució queda reflectida a la fig. 22.

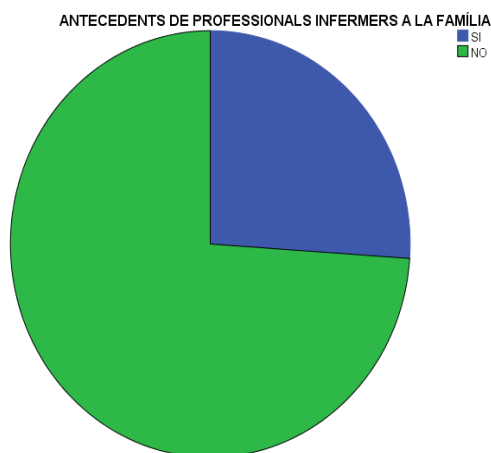


Figura 22. Distribució de familiar infermer

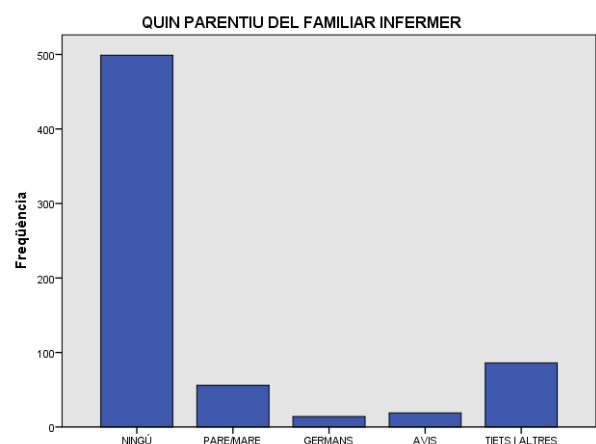


Figura 23. Distribució de relació familiar infermer dels estudiants

2.4.7.12 Amic de la infància que estudia medicina

Del total dels 675 estudiants, 250 han dit tenir un amic d'infància que estudia medicina (37% del total de la mostra), mentre que 425 han dit que cap dels amics d'infància estudia medicina (62,9% de la mostra)

En la mostra que ha contestat completament el test de personalitat, dels 636 estudiants, 233 han dit tenir un amic d'infància que estudia medicina (36,6%), mentre que 402 han dit que cap dels amics d'infància estudia medicina (63,2%), tal i com es mostra a la figura 24.

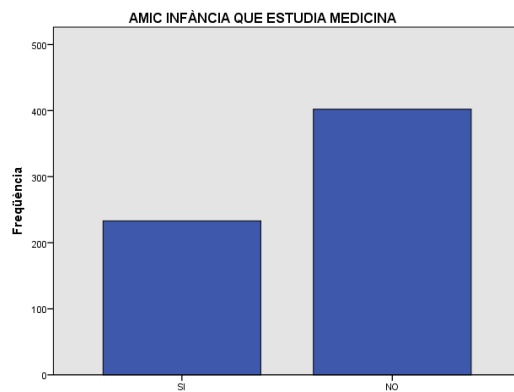


Figura 24. Distribució amic infància que estudia medicina

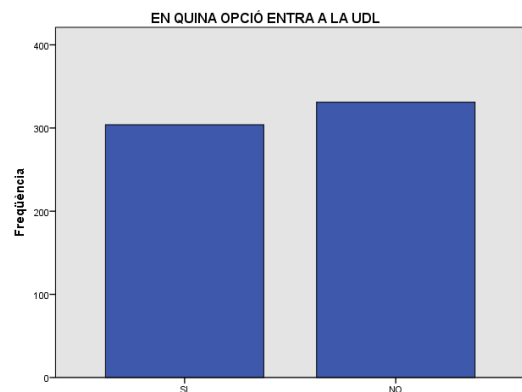


Figura 25. Distribució de si estudiar a la UdL era la primera opció

2.4.7.13 En quina opció entra a la UdL.

A la pregunta de si estudiar a la UdL va ser la primera opció, de la mostra total, 325 estudiants han dit que sí (48,1%), mentre que 350 han dit que no (51,9%).

De la mostra de 636 estudiants que han contestat completament el test de personalitat, 305 estudiants han dit que sí, que estudiar a la UdL va ser la primera opció (48%), mentre que 331 han dit que no (52%), com es mostra a la fig.25.

2.4.7.14 En quina època decideix estudiar medicina.

A la pregunta de en quina època de la vida va prendre la decisió d'estudiar medicina, de la mostra de 675 estudiants, 275 han dit que va ser abans dels 14 anys (40,7%), 221 d'ells van dir que entre els 14-17 anys (32,7%), i 178 (26,3%) van dir haver-ho decidit després dels 18 anys.

De la mostra de 636 estudiants, 263 estudiants han dit que van prendre la decisió d'estudiar medicina abans dels 14 anys (41,4%), 205 d'ells van dir que entre els 14-17 anys (32,2%), i 166 (26%) van dir haver-ho decidit després dels 18 anys, tal i com mostra la figura 26.

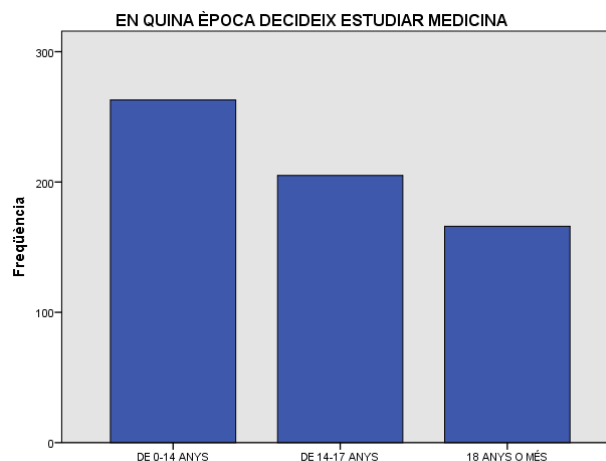


Figura 26. Distribució de l'època de la vida que decideix estudiar medicina

2.4.7.15 Influències per a estudiar medicina

A la pregunta de si ha rebut influències o persuasions per a estudiar medicina, de la mostra global de 675 estudiants, 568 han contestat que no (84,1%), 107 han contestat que sí (15,9%). D'aquests que han contestat afirmativament, 66 han dit que van ser els pares (9,8%) els que an influir, 8 que van ser els germans (1,2%), 12 que va ser avis o tiets (1,8%) i 16 van dir que van ser professors (2,4%), 5 d'ells no han especificat de qui van rebre les influències.

Del grup de 636 estudiants que van contestar completament el test de personalitat, 535 han contestat que no ha rebut influències o persuasions per a estudiar medicina (84,1%), 101 han contestat que sí (15,9%). Dels que han dit haver rebut influències o persuasions, 62 han dit que van ser els pares (9,7%), 8 que van ser els germans (1,2%), 11 que va ser avis o tiets (1,7%) i 16 van dir que van ser professors 2,5%).

Aquestes distribucions es mostren a les figures 27 i 28.

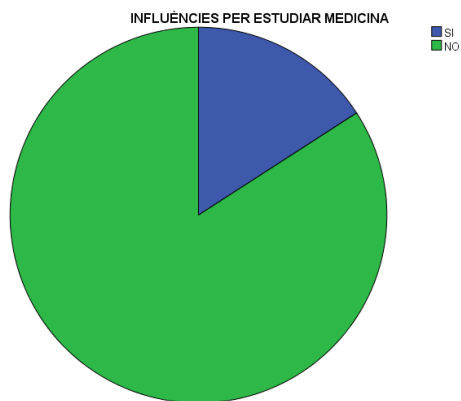


Figura 27. Distribució de si han rebut influències per estudiar medicina

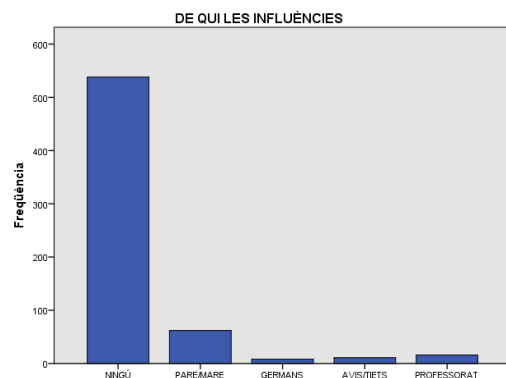


Figura 28. Distribució de qui han rebut influències per estudiar medicina

2.4.7.16 Especialitat que li agradaria exercir

Pel que fa a l'especialitat que li agradaria exercir, de la mostra de 675 estudiants només van respondre 507 estudiants. Les més desitjades eren Medicina Interna, Medicina d'Urgències i Medicina de Família amb 133 estudiants (26,2%), seguida de Cirurgia i Especialitats Subquirúrgiques amb 114 estudiants (22,4%) , en tercer lloc Pediatria amb 107 estudiants (15,8%), seguida de Psiquiatria amb 71 estudiants (10,5%) Obstetrícia /Ginecologia 43 estudiants (6,4%), 39 estudiants Radiologia/Laboratori i Anestèsia (5,8%).

Del grup de 636 estudiants que havien contestat completament el test de personalitat, van respondre 491 estudiants. Les especialitats més desitjades eren Medicina Interna, Medicina d'Urgències i Medicina de Família amb 122 estudiants (24,8%), seguida de Cirurgia i Especialitats Subquirúrgiques amb 107 estudiants (21,8%) , en tercer lloc Pediatria amb 99 estudiants (20,2%), seguida de Psiquiatria amb 67 estudiants (13,6%) Obstetrícia /Ginecologia 42 estudiants (8,5%), 39 estudiants Radiologia/Laboratori i Anestèsia (7,9%). Aquesta distribució queda reflectida a la figura 29.

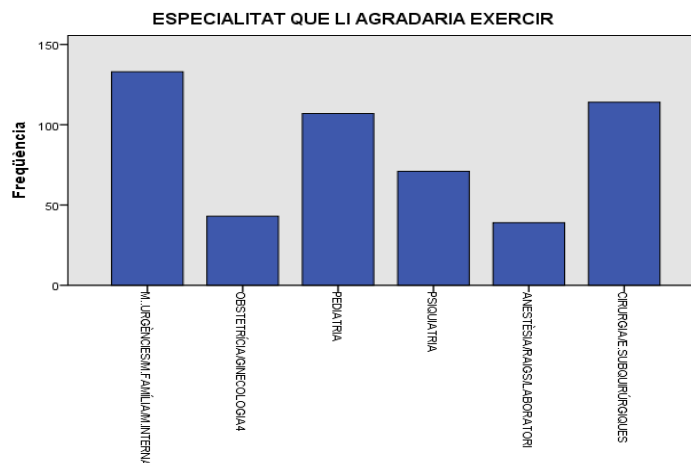


Figura 29. Especialitat que li agradaria exercir

2.4.7.17 Les pràctiques realitzades li han fet canviar l'elecció

Del total d'estudiants enquestats, només 340 (67,1% dels que s'havien definit) han contestat aquesta pregunta, dels quals 142 ho han fet afirmativament (28%) i 198 ho han fet negativament (39,13%). Quan la pregunta ha estat el per què han canviat la decisió, 75 d'ells (52,8% dels que havien dit que sí que canviarien d'especialitat) diuen haver-ho fet en conèixer el funcionament intern de l'especialitat, 26 d'ells (18,3%) perquè no els ha agradat o els n'ha agradat una altra, 20 estudiants (14,15) han dit que no la tenien definida i 9 (6,3%) diuen haver canviat d'elecció pels tutors.

Pel que fa als 636 estudiants que havien contestat totalment el test de personalitat, només van contestar 313 (63,7% dels que s'havien definiti), dels quals 133 ho han fet afirmativament (27,1%) i 180 ho han fet negativament (36,7% del total) (fig. 30).

Al preguntar per què han canviat la decisió, 70 d'ells (52,6% dels que havien dit que sí que canviarien d'especialitat) diuen haver-ho fet en conèixer el funcionament intern de l'especialitat, 25 estudiants (18,8%) perquè no els ha agradat o els n'ha agradat una altra, 19 d'ells (14,3%) han dit que no la tenien definida i 8 (6%) diuen haver canviat d'elecció pels tutors. Aquesta distribució es mostra a la figura 31.

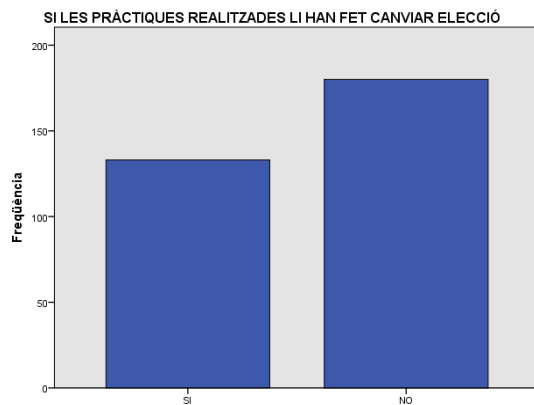


Fig. 30. Distribució de si les pràctiques li han fet canviar l'elecció

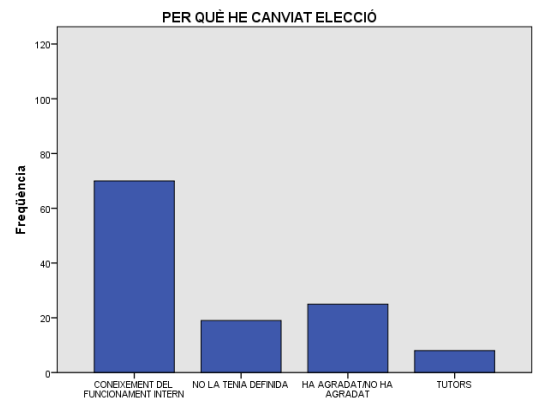


Fig. 31. Distribució del per què les pràctiques li han fet canviar l'elecció

2.4.7.18 Rotacions

A la pregunta de quina rotació estava fent quan se li va passar l'enquesta, de la mostra de 675 estudiants, 60 van dir que no n'estaven fent cap, 90 van dir que feien medicina interna, 33 que estaven fent medicina de família o urgències, 21 cirurgia, 16 ginecologia i obstetrícia, 10 pediatria, 9 especialitats subquirúrgiques, 3 psiquiatria, 3 anestèsia i 3 radiologia o laboratori. A la majoria li'n faltava fer 5 o més rotacions

Pel que fa al grup de 636 estudiants que havia contestat completament el test de personalitat, 59 van dir que no n'estaven fent cap, 84 van dir que feien medicina interna, 31 que estaven fent medicina de família o urgències, 18 cirurgia, 13 ginecologia i obstetrícia, 9 pediatria, 7 especialitats subquirúrgiques, 3 psiquiatria, 3 anestèsia i 3 radiologia o laboratori. Aquesta distribució queda reflectida a la fig.32.

Quan se'ls va preguntar quantes rotacions els faltaven per fer, a la majoria, li'n faltava 5 o més rotacions tal i com es veu a la figura 33.

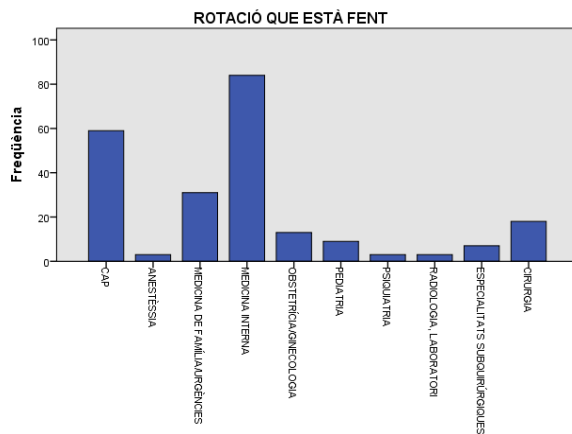


Fig. 32. Distribució de les rotacions que estaven fent

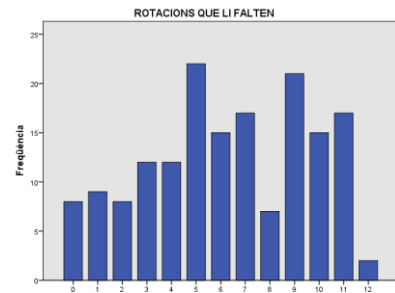


Fig. 33. Distribució de les rotacions que els faltaven per fer

2.4.7.19 Voluntariat

En relació a si havien fet tasques de voluntariat, del grup de 675 estudiants, 319 van dir que sí (47,2%) mentre que 352 estudiants van dir que no (52,1%). Quan la pregunta era si havien fet voluntariat amb malalts, 161 estudiants (23,8%) van contestar afirmativament. Quan se'ls preguntava el nivell de satisfacció del voluntariat realitzat amb malalts, 225 estudiants van declarar-se molt satisfets, 87 van declarar un grau de satisfacció normal i 5 d'ells van manifestar estar poc satisfets. Al preguntar-los si els agradaria fer tasques de voluntariat 372 estudiants van dir que sí i 29 van contestar que no.

Pel que fa al grup de 636 estudiants que han contestat completament el test de personalitat, 303 estudiants van dir que sí que havien fet tasques de voluntariat (47,6%) mentre que 334 estudiants van dir que no (52,4%), tal i com mostra la fig. 34. Quan la pregunta era si havien fet voluntariat amb malalts, 147 estudiants (23,1%) van contestar afirmativament (fig. 35).

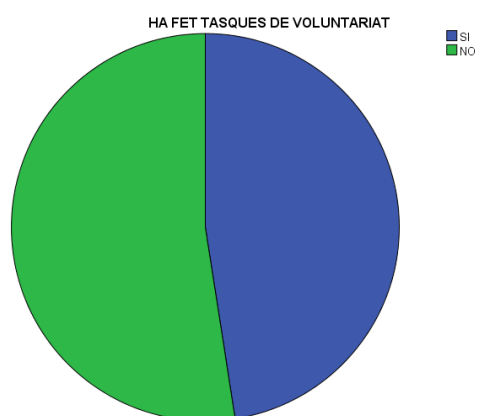


Fig. 34. Distribució d'haver fet tasques de voluntariat

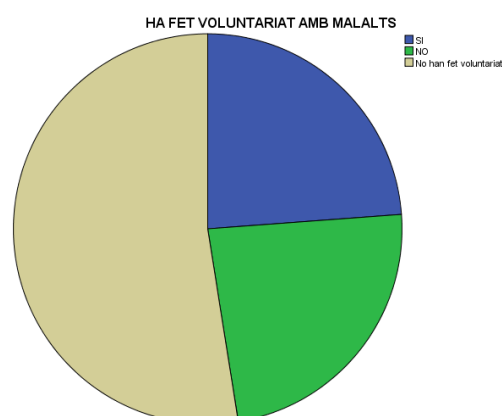


Fig. 35. Distribució d'haver fet tasques de voluntariat amb malalts

Pel que fa al nivell de satisfacció del voluntariat realitzat amb malalts, 208 estudiants van declarar-se molt satisfets, 85 van declarar un grau de satisfacció normal i 4 d'ells van manifestar estar poc satisfets (fig. 36).

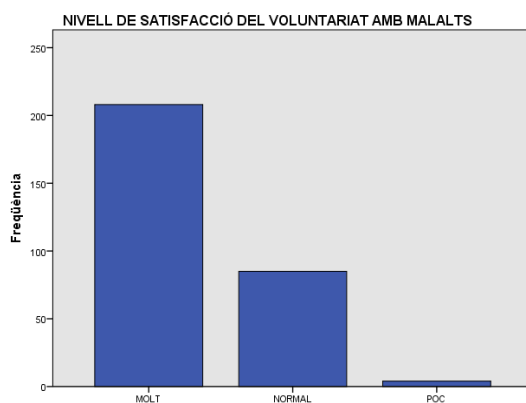


Fig. 36. Distribució del nivell de satisfacció del voluntariat amb malalts

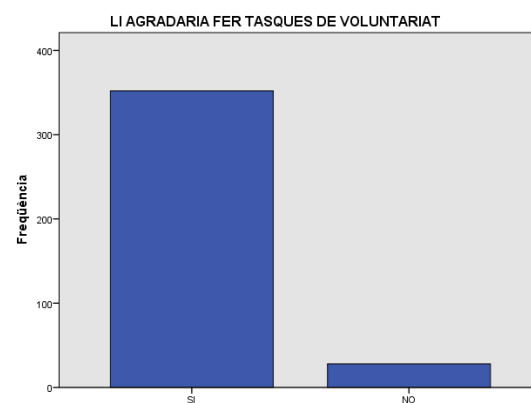


Fig. 37. Distribució de si els agradaria fer tasques de voluntariat.

Finalment, se'ls preguntava si els agradaria fer tasques de voluntariat i 352 estudiants van dir que sí i 28 van contestar que no, tal i com es veu a la figura 37.

2.4.7.20 Salut

En preguntar als estudiants si creien gaudir de bona salut, de la mostra de 675 estudiants, 659 (97,5%) van contestar afirmativament i 13 van contestar en sentit contrari. A la pregunta de si tenien experiència en malaltia greu o minusvalidesa pròpia, 648 d'ells van dir que no (95,9%) i 26 van dir que sí (3,8%). Quan la pregunta era en relació a la salut dels familiars, 346 estudiants van contestar afirmativament (51,2%) i 328 estudiants van dir que no (48,5%). A continuació, en relació a la salut dels amics, 121 estudiants van dir tenir experiència de malaltia greu o minusvalidesa en amics (17,9%) i 548 estudiants van dir que no (81,1%). Finalment se'ls preguntava si l'experiència era de malaltia o de minusvalidesa, 274 estudiants van contestar de malaltia i 66 van dir de minusvalidesa.

Pel que fa al grup de 636 estudiants que han contestat completament el test de personalitat, 620 (97,5%) van contestar afirmativament i 13 van contestar negativament. A continuació se'ls preguntava si tenien experiència en malaltia greu o minusvalidesa pròpia, 609 d'ells van dir que no (95,9%) i 25 van dir que sí (3,9%), tal i com es mostra a les figures 38 i 39.

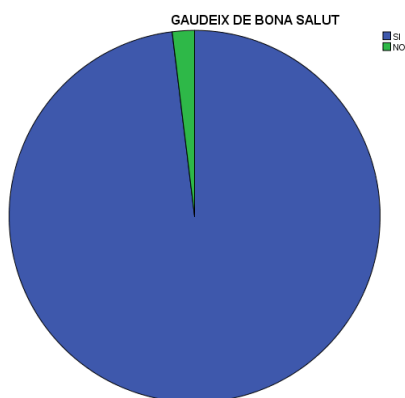


Fig. 38. Distribució de la creença de gaudir de bona salut



Fig. 39. Distribució de l'experiència de malaltia greu o minusvalidesa pròpia

Posteriorment, la pregunta era en relació a la salut dels familiars, concretament se'ls preguntava si tenien experiència en malaltia greu o minusvalidesa en familiars , 328 estudiants van contestar afirmativament (51,6%) i 306 estudiants van dir que no (48, 1%), tal i com mostra la figura 40.

Després la pregunta era en relació a la salut dels amics, 114 estudiants van dir tenir experiència de malaltia greu o minusvalidesa en amics (17,9%) i 515 estudiants van dir que no (81%). Aquesta distribució queda recollida a la figura 41.

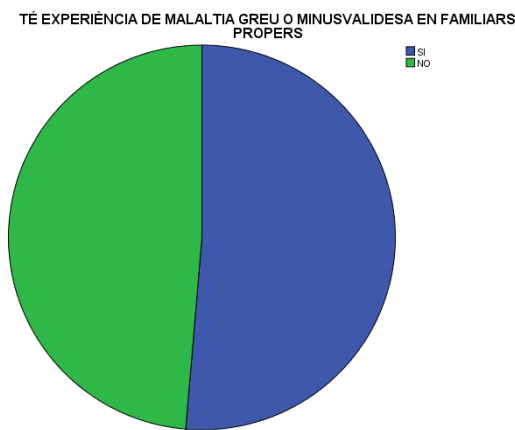


Fig. 40. Distribució de l'experiència de malaltia greu o minusvalidesa en familiars propers

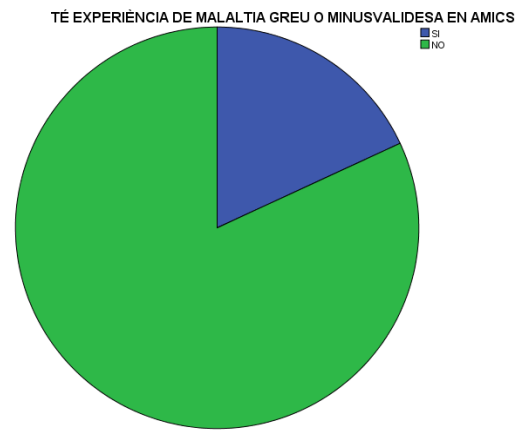


Fig. 41. Distribució de l'experiència de malaltia greu o minusvalidesa en amics

Finalment, se'ls preguntava si l'experiència era de malaltia o de minusvalidesa i 263 estudiants van contestar de malaltia i 63 van dir de minusvalidesa.

2.4.7.21 Experiència d'ingressos hospitalaris

A la pregunta de si havien estat ingressats en un hospital per ser intervinguts quirúrgicament, del grup de 675 estudiants, 223 estudiants (33%) van contestar afirmativament i 451 estudiants van contestar negativament (67%). Si l'ingrés havia estat per malaltia, 137 estudiants van respondre que sí (20,3%) i 536 van respondre que no (79,3%).

En la mostra de 636 estudiants que havien contestat completament el test de personalitat, 213 estudiants (33,5%) van contestar afirmativament i 423 estudiants van contestar negativament (66,5%), tal i com mostra la figura 42. Si l'ingrés hospitalari havia estat per malaltia, 129 estudiants van respondre que sí (20,1%) i 507 van respondre que no (79,4%) com mostra la figura 43.

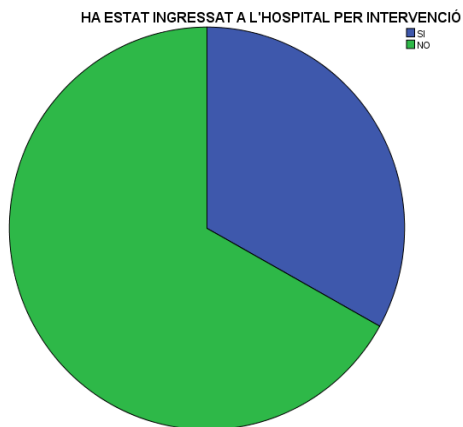


Fig. 42. Distribució de l'estada a l'hospital per intervenció

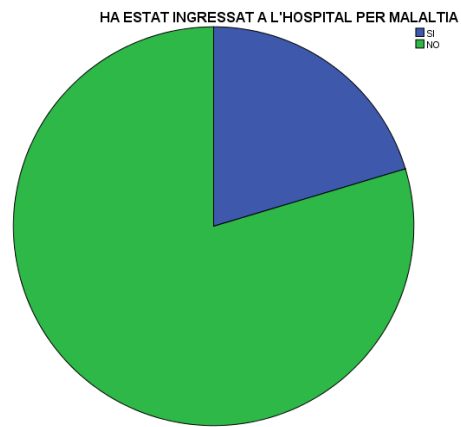


Fig. 43. Distribució de l'estada a l'hospital per malaltia

2.4.7.22 Visitar familiars o amics malalts

Se'ls va preguntar si habitualment anaven a veure els familiars o amics malalts i la gran majoria de la mostra global de 675 estudiants, 584 (86,4%) estudiants van respondre afirmativament i 81 estudiants (12%) van contestar negativament.

De la mostra de 636 estudiants, 546 (85,8%) van respondre afirmativament i 80 estudiants (12,6%) van contestar negativament com mostra la figura 44.

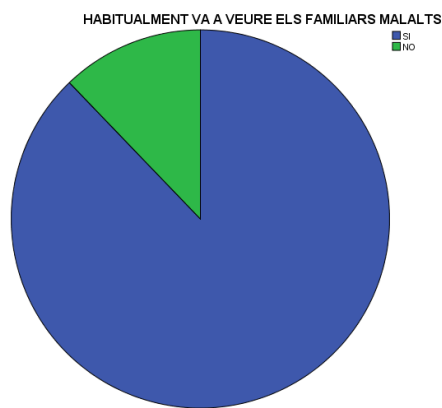


Fig. 44. Distribució de la visita a familiars o amics malalts

2.5. RESULTATS

2.5.1. ANÀLISI DESCRIPTIVA

2.5.1.1. NEO-PI-R

Quan s'analitza la mostra d'estudiants en la seva globalitat, els resultats de les diferents escales han mostrat unes puntuacions mitjanes més altes en l'escala C (Responsabilitat) amb 122,83, seguit de l'escala A (Amabilitat) amb 121,88, en tercer lloc l'escala O (obertura a l'experiència) amb 117,04, seguit de l'escala E (Extraversió) amb 114,65 i la més baixa ha estat l'escala N (Neuroticisme) amb 89,76.

Els estadístics descriptius de les escales en la mostra estudiada queden recollits en la taula 12.

	Estadístics Descriptius						
	N	Mínim	Màxim	Mitjana	Desviació estàndard	Curtosi Estadístic	Error estàndard
N-NEOPIR	636	22,00	155,00	89,7626	22,4812	,076	,194
E-NEOPIR	636	52,00	165,00	114,6509	21,0339	-,412	,194
O-NEOPIR	636	50,00	170,00	117,0377	19,4589	-,241	,194
A-NEOPIR	636	39,00	164,00	121,8836	20,5461	-,169	,194
C-NEOPIR	636	59,00	176,00	122,8270	21,5802	-,538	,194
Vàlids	636						

Taula 12. Estadístics descriptius de les escales del NEO-PI-R en la mostra estudiada

En relació a la distribució de cadascuna de les escales en la mostra estudiada , queda palès que es tracta d'una distribució normal per cadascuna d'elles tal i com recullen les figures 45, 46, 47, 48, i 49.

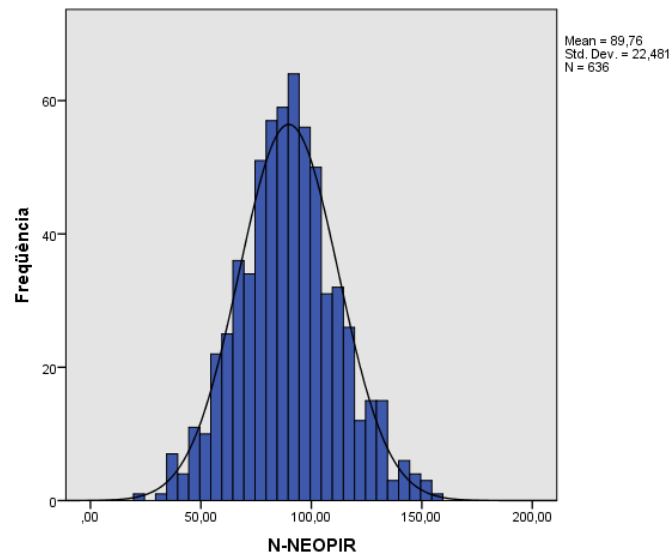


Fig. 45. Distribució de l'escala N en la mostra

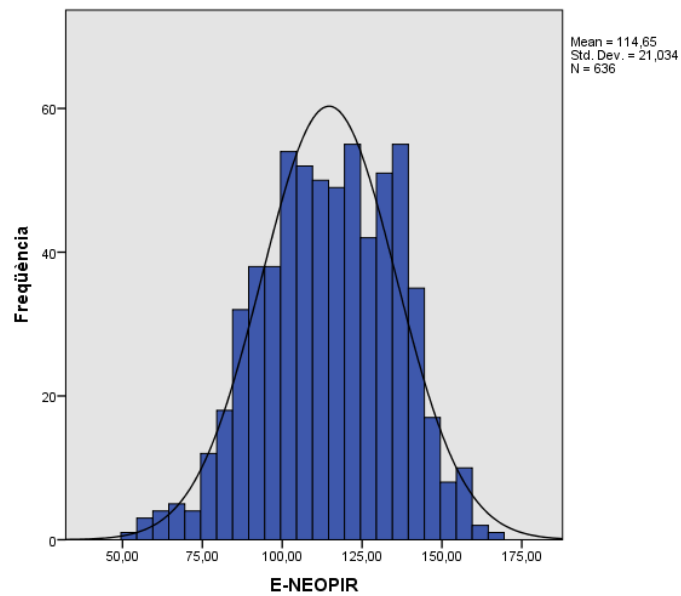


Fig. 46. Distribució de l'escala E en la mostra

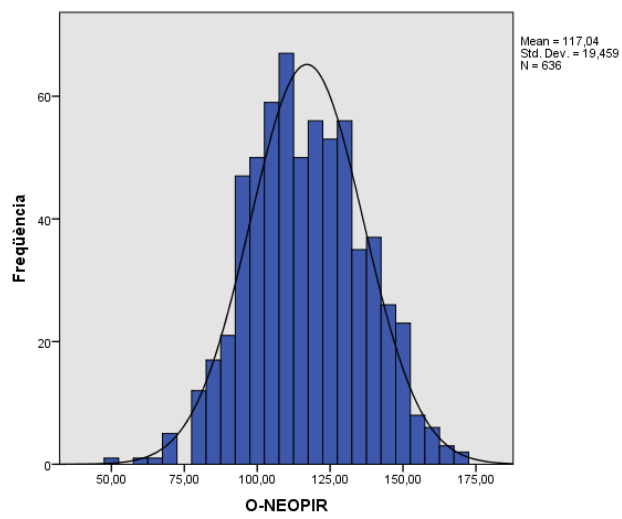


Fig. 47. Distribució de l'escala O en la mostra

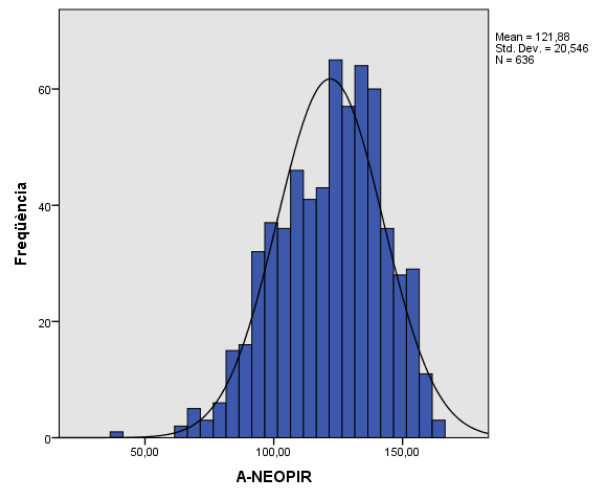


Fig. 48. Distribució de l'escala A en la mostra

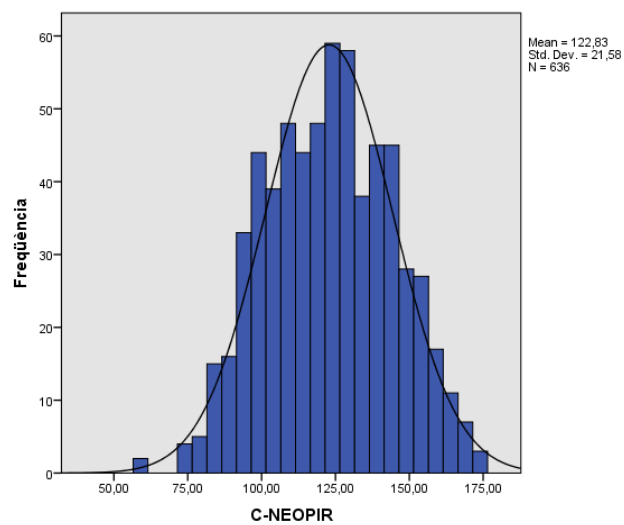


Fig. 49. Distribució de l'escala C en la mostra

2.5.2. ANÀLISI COMPARATIVA

2.5.2.1. Gènere

En analitzar la relació de la variable gènere amb la resta de variables sociodemogràfiques de l'estudi s'ha trobat que hi ha relació significativa entre el gènere i l'edat dels estudiants ($t=2,406$, $p=0,016$) en el sentit que la mitja d'edat dels homes és superior a la de les dones.

Pel que fa al gènere i als antecedents familiars metges també s'ha trobat relació significativa ($p=0.018$) en el sentit que les dones tenen menys antecedents familiars metges que els homes estudiants de medicina (fig. 50).

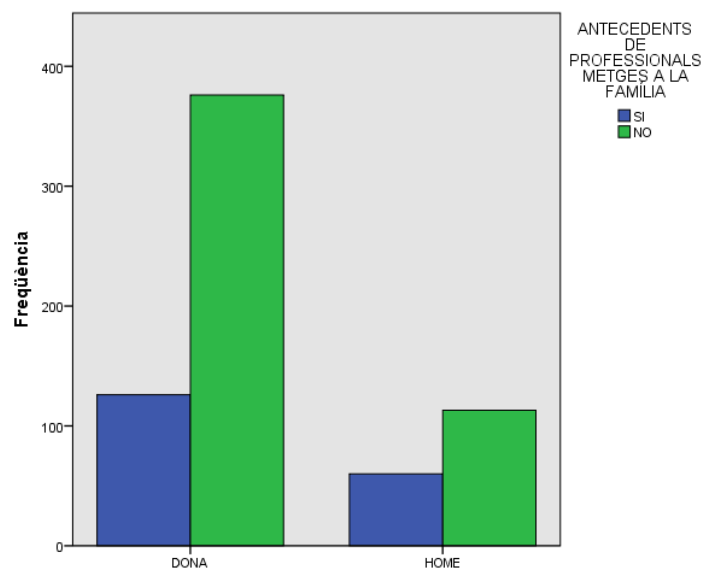


Figura 50. Antecedents de familiars metges a la família segons el gènere.

Si ho relacionem amb els antecedents de familiars infermers aquesta relació no és significativa.

Si analitzem la relació amb si han rebut influències per estudiar medicina, aquesta és significativa ($p=0,038$) en el sentit que els homes reben més influències que les dones a l'hora de decidir estudiar medicina (fig. 51).

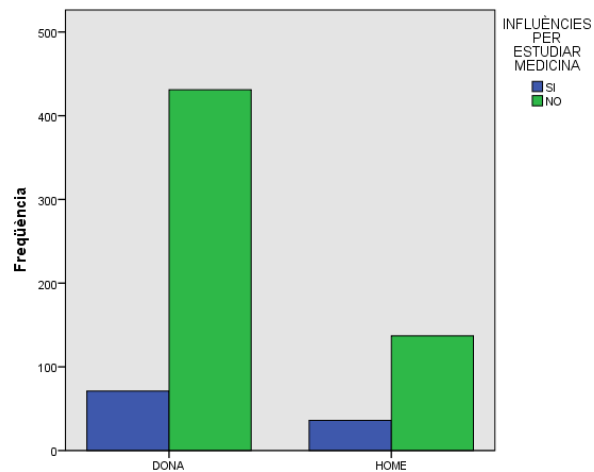


Figura 51. Influències per estudiar medicina segons el gènere.

En relació a l'especialitat que els agradaria fer s'han trobat diferències significatives ($p=0,047$) entre gèneres, essent l'especialitat més diferent l'obstetrícia i ginecologia, seguida de pediatria, on les dones són majoritàries (fig. 52)..

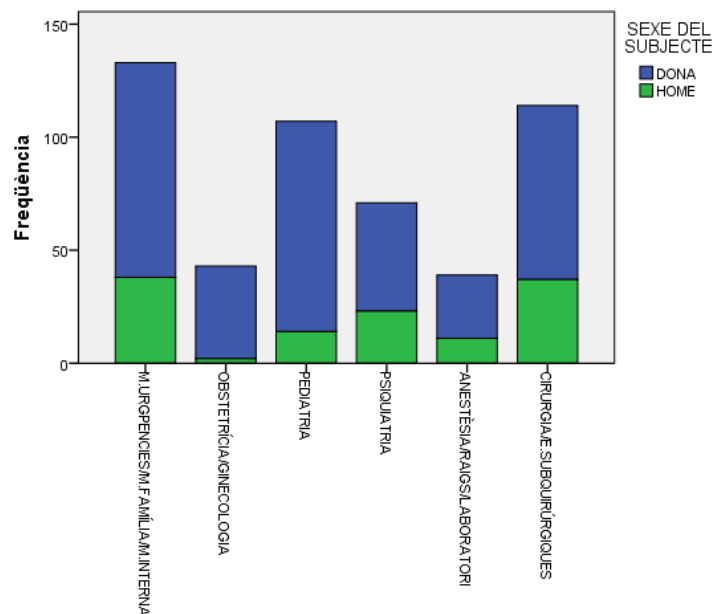


Figura 52. Especialitat que els agradaria exercir segons el gènere.

En analitzar la relació entre el gènere i haver fet voluntariat, s'ha trobat que hi ha una relació significativa ($p=0,037$) en el sentit que les dones fan més tasques de voluntariat que els homes (fig.53)

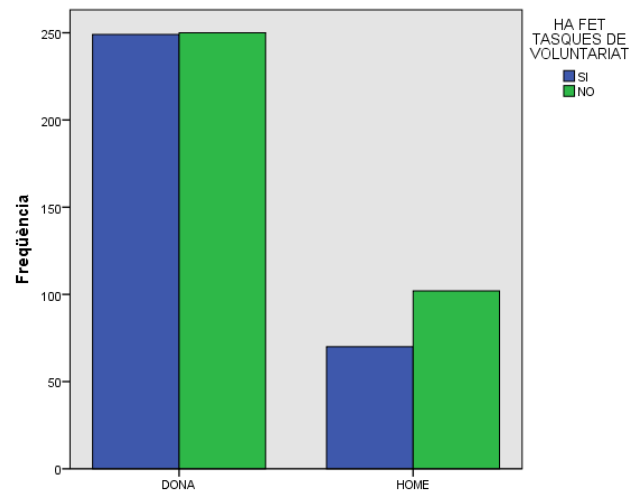


Figura 53. Ha fet tasques de voluntariat segons el gènere.

Pel que fa a la relació entre gènere i haver tingut ingressos hospitalaris per intervenció quirúrgica, s'ha trobat relació significativa ($p<0,0001$) en el sentit que els homes han tingut més ingressos hospitalaris que les dones pel que fa a intervencions quirúrgiques, però no s'ha trobat relació pel que fa a ingressos hospitalaris per malaltia.

S'ha trobat també relació significativa ($p=0,008$) entre gènere i visitar familiars o amics malalts, en el sentit que les dones visiten més els familiars o amics malalts (fig. 54).

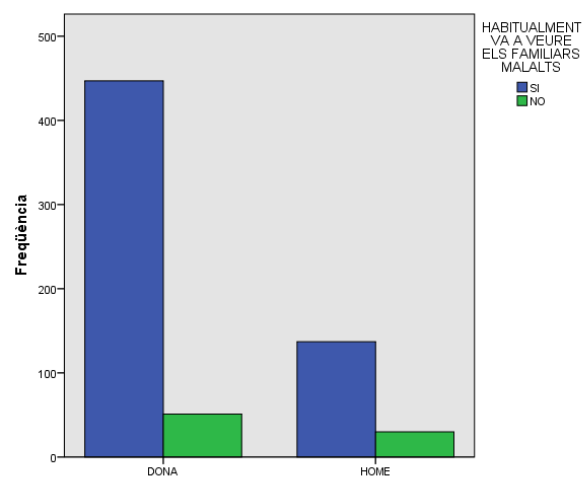


Figura 54. Habitualment va a veure familiars o amics malalts, segons gènere

2.5.2.2. Curs

En analitzar la relació de la variable curs amb la resta de les variables sociodemogràfiques, només s'ha trobat relació significativa amb la visita familiars o amics malalts ($p=0,048$)

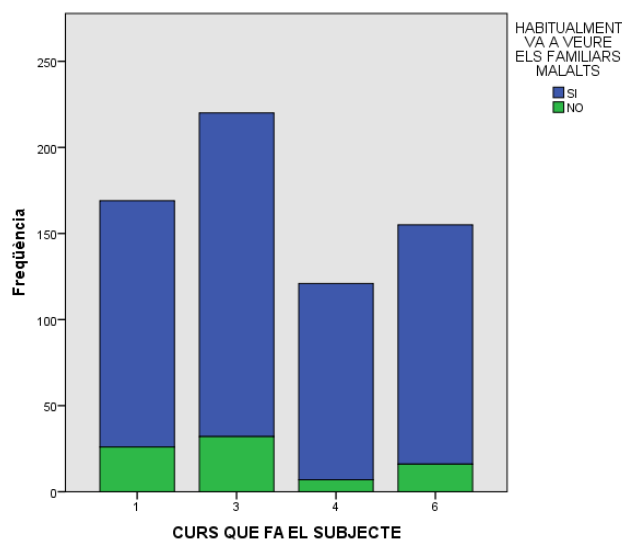


Figura 55. Visita familiars o amics malalts segons curs

2.5.2.3. Pla Bolonga

Si dividim la mostra d'estudiants segons els dos plans d'estudi que han estat en vigor durant l'espai de temps que abasta l'estudi, s'ha trobat que, pels estudiants del Pla 93, els resultats de les diferents escales han mostrat unes puntuacions mitjanes més altes en l'escala C (Responsabilitat) amb 120,36, seguit de l'escala A (Amabilitat) amb 120,24, en tercer lloc l'escala O (Obertura a l'experiència) amb 116,29, seguit de l'escala E (Extraversió) amb 112,70 i la més baixa ha estat l'escala N (Neuroticisme) amb 89,57.

Els estadístics descriptius de les escales en la mostra d'estudiants del Pla 93 queden recollits en la taula 13.

	N	Mínim	Màxim	Mitjana	Desviació estàndard	Estadístics Descriptius	
						Curtosi Estadístic	Error estàndard
N-NEOPIR	455	22,00	155,00	89,5670	21,7617	,178	,228
E-NEOPIR	455	58,00	165,00	112,7033	21,4690	-,677	,228
O-NEOPIR	455	50,00	170,00	116,2879	20,0455	-,314	,228
A-NEOPIR	455	64,00	164,00	120,2418	20,8989	-,650	,228
C-NEOPIR	455	59,00	170,00	120,3604	21,4038	-,469	,228
Vàlids	455						

Taula 13. Estadístics descriptius de les escales del NEO-PI-R en la mostra d'estudiants del Pla 93

Pel que fa als estudiants del Pla Bologna, els resultats de les diferents escales han mostrat unes puntuacions mitjanes més altes en totes les escales. Així, en l'escala C

(Responsabilitat) amb 128,92, seguit de l'escala A (Amabilitat) amb 126,01, en tercer lloc l'escala E (Extraversió) amb 119,57, seguit de l'escala O (Obertura a l'experiència) amb 118,77 i la més baixa ha estat l'escala N (Neuroticisme) amb 90,24.

Els estadístics descriptius de les escales en la mostra d'estudiants del Pla Bologna queden recollits en la taula 14.

Estadístics Descriptius							
	N	Mínim	Màxim	Mitjana	Desviació estàndard	Curtosi Estadístic	Error estàndard
N-NEOPIR	181	36,00	154,00	90,2363	24,18607	-,134	,358
E-NEOPIR	181	52,00	163,00	119,5714	19,05743	1,251	,358
O-NEOPIR	181	59,00	168,00	118,7747	17,87584	-,029	,358
A-NEOPIR	181	39,00	162,00	126,0110	19,07004	2,153	,359
C-NEOPIR	181	85,00	176,00	128,9176	20,81300	-,670	,358
Vàlids	181						

Taula 14. Estadístics descriptius de les escales del NEO-PI-R en la mostra d'estudiants del Pla Bologna

En comparar cadascuna de les escales del test NEO-PI-R entre els dos grups d'estudiants, s'han trobat diferències significatives en les escales d'Extraversió ($t=3,747$; $p<0.0001$) , Amabilitat ($t=3,261$; $p=0.001$) i Responsabilitat ($t=4,461$; $p<0,0001$) essent els resultats de les tres escales superiors en els estudiants del pla Bologna. Aquestes diferències queden representades en les figures 56, 57 i 58.

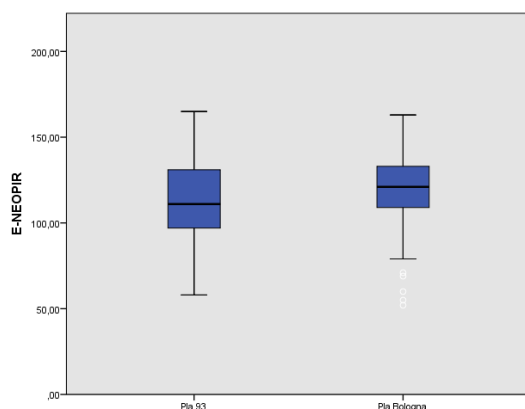


Fig. 56. Escala d'Extraversió en relació al pla d'estudis

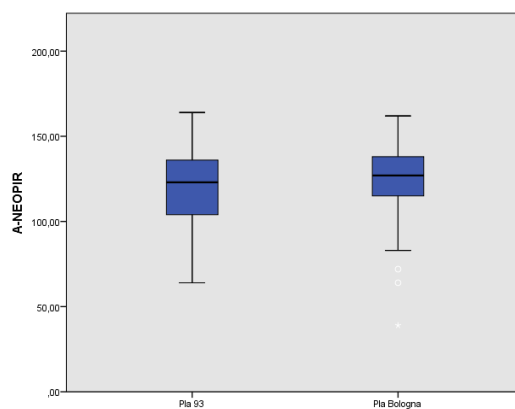


Fig. 57. Escala d'Amabilitat en relació al pla d'estudis

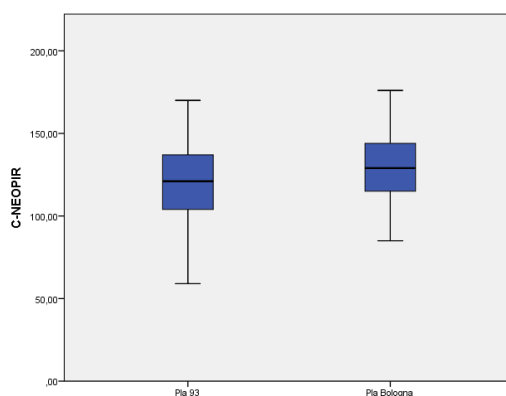


Fig. 58. Escala de Responsabilitat en relació al pla d'estudis

Si anem analitzant el perfil més concretament, i per tant fixant-nos en totes les facetes de personalitat mesurades per a cada dimensió, s'han trobat diferències significatives en el sentit que els estudiants del Pla 93 només puntuen més alt que els del Pla Bologna en les facetes O4 (Accions) ($t=4,413$; $p<0,0001$) i N6 (Vulnerabilitat) ($t=4,164$; $p<0,0001$).

En la resta de facetes que s'han trobat diferències significatives, els estudiants del Pla Bologna han puntuat més alt en: N1 (Ansietat), E1 (Cordialitat), E2 (Sociabilitat), E4 (Activitat), E6 (Emocions positives), O3 (Sentiments), O5 (Idees)

, A3 (Altruisme), A4 (Conformitat), A6 (Comprensió), C1 (Competència), C3 (Complir el deure), C4 (Aspiracions), C5 (Autodisciplina) i C6 (Deliberació) (taula 15).

N1 -Ansietat	t=4,324; p<0,0001
E1 -Cordialitat	t=3,499; p<0,0001
E2 -Sociabilitat	t=1,976; p=0,049
E4 -Activitat	t=1,982; p=0,048
E6 -Emocions positives	t=4,832; p<0,0001
O3 -Sentiments	t=3,734; p<0,0001
O5 -Idees	t=2,651; p=0,008
A3 -Altruisme	t=4,972; p<0,0001
A4 -Conformitat	t=2,163; p=0,031
A6 -Comprensió	t=3,413; p=0,001
C1 -Competència	t=5,553; p<0,0001
C3 -Complir el deure	t=3,471; p=0,001
C4 -Aspiracions	t=6,483; p<0,0001
C5 -Autodisciplina	t=3,089; p<0,0001
C6 -Deliberació	t=2,126; p=0,034

Taula 15. Facetes del NEO-PI-R en què els estudiants del Pla Bologna puntuen més alt que els del Pla 93.

Quan s'han agrupat els anys de les enquestes en Pla Bologna o Pla 93, s'ha trobat relacions significatives amb diverses variables sociodemogràfiques.

Pel que fa a on viu durant el curs escolar, s'ha trobat que hi ha diferències significatives entre els estudiants del Pla Bologna i els estudiants del Pla 93 ($t=5,275$; $p<0,0001$), en el sentit que la proporció d'estudiants del Pla Bologna que viuen amb els pares o en parella és molt inferior a l'esperada, tal i com es veu a la figura 59.

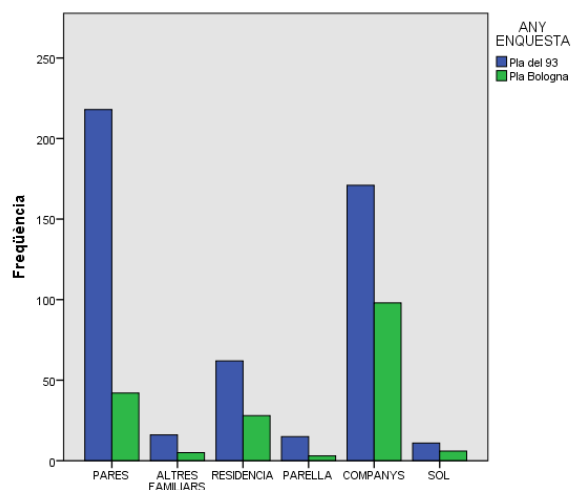


Figura 59. On viuen durant el curs escolar segons pla d'estudis

També s'ha trobat relació significativa ($p=0,009$) amb la variable amic de la infància que estudia medicina, en el sentit que els del Pla Bologna tenen més amics d'infància que estudien medicina (fig. 60).

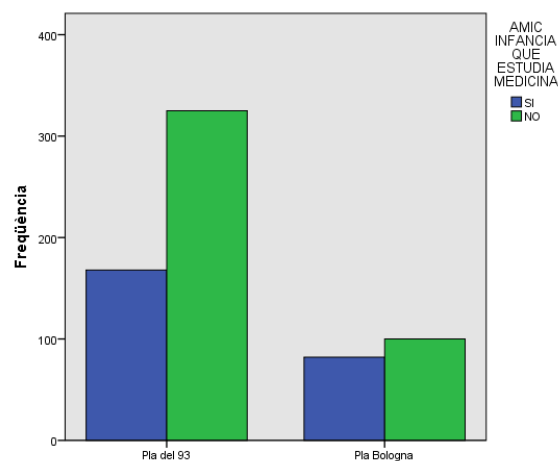


Figura 60. Amic de la infància que estudia medicina segons pla d'estudis.

En analitzar la relació amb la variable si entra en primera opció a la UdL, s'ha trobat una relació significativa ($p<0,0001$) en el sentit que els estudiants del Pla Bologna no han entrat a la UdL essent la seva primera opció (fig. 61).

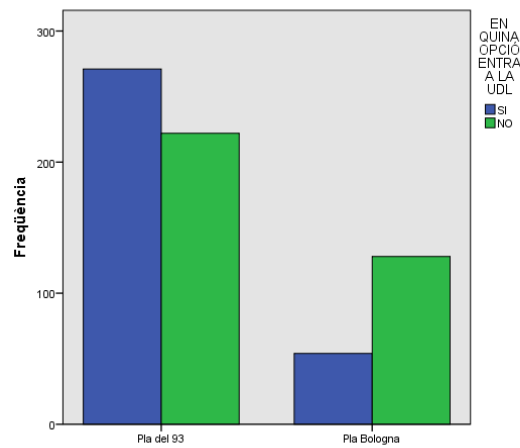


Figura 61. Entra a la UdL en primera opció segons pla d'estudis

També s'ha trobat relació significativa ($p < 0,0001$) amb la variable haver rebut influències per estudiar medicina. Els del Pla Bologna han manifestat haver rebut més influències que els del Pla 93. En analitzar si hi havia relació amb la variable de qui rebien les influències, també s'ha trobat relació significativa ($t: 3,569$, $p < 0,0001$) essent la diferència en la proporció més gran dels germans i professors en el pla Bologna.

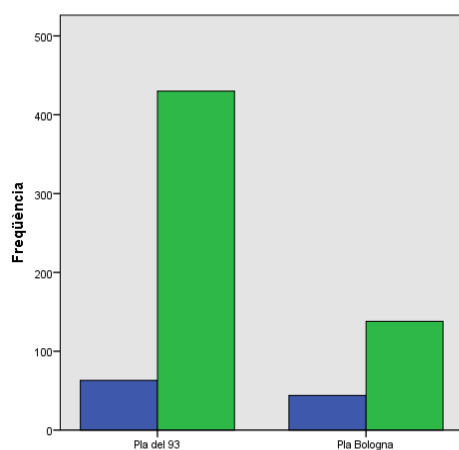


Figura 62. Influències per estudiar medicina segons pla d'estudis

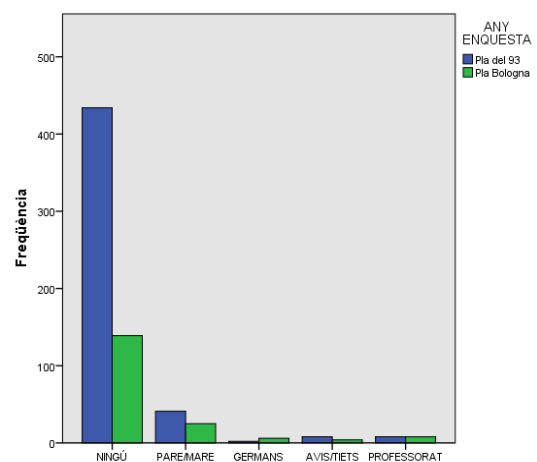


Figura 63. De qui han rebut les influències per estudiar medicina

En estudiar la relació amb la variable si ha canviat d'elecció de l'especialitat que li agradaria fer, no s'han trobat relacions significatives, però sí que se n'han trobat amb la variable per què ha canviat d'elecció ($t=2,597$, $p=0,01$), en el sentit de ser més alt el no tenir-la definida (fig.64).

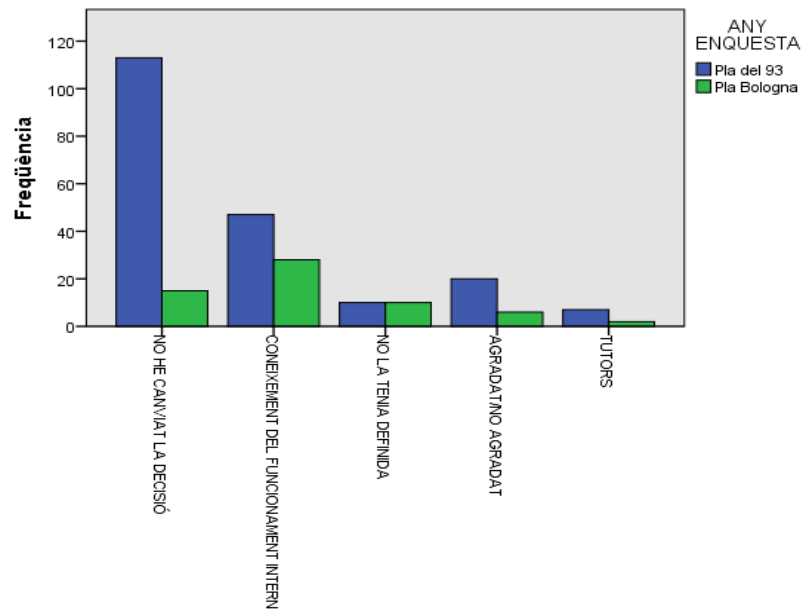


Figura 64. Per què ha canviat l'elecció de l'especialitat que desitjaria fer segons el pla d'estudis

S'ha trobat també relació significativa amb la variable on passen les vacances familiars ($t=2,811$; $p=0,005$) havent una major proporció de famílies que van de viatge a l'estranger, respecte de les famílies dels estudiants del Pla 93 (fig. 65).

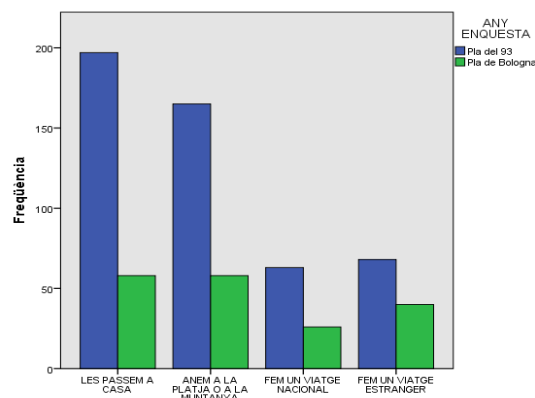


Figura 65. On passen les vacances familiars segons pla d'estudis

En analitzar la variable treball propi, s'han trobat diferències significatives ($p=0.027$) en el sentit que els estudiants del Pla 93 tenien més proporció de treball propi que els estudiants del pla Bologna (fig. 66).

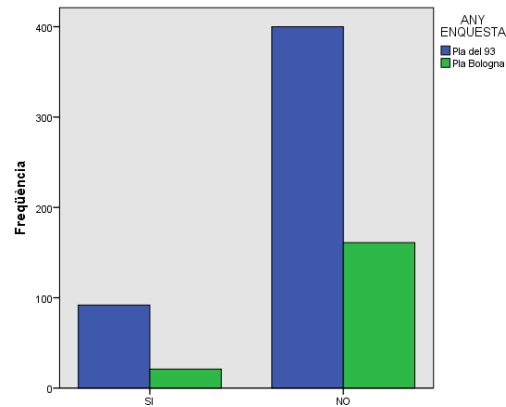


Figura 66. Treball propi segons pla d'estudis

També s'han trobat diferències significatives entre els estudiants dels dos plans d'estudi si s'analitza la relació amb la variable centre on ha estudiat ($t=2,835$; $p=0,005$) en el sentit que els del pla Bologna, proporcionalment als del Pla 93 , vénen més d'escoles públiques rurals (fig. 67), però en canvi no s'han trobat diferències significatives amb la variable residència familiar.

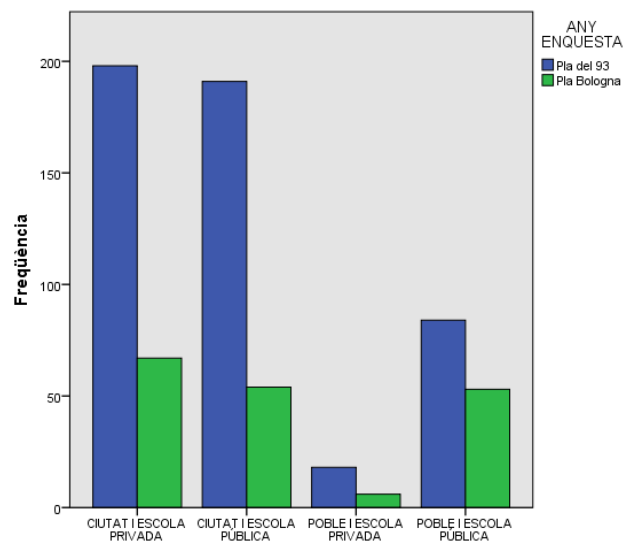


Figura 67. Centre on ha estudiat segons pla d'estudis.

En estudiar la relació amb la variable on viu durant el curs escolar, s'ha trobat que hi ha diferències significatives entre els estudiants del Pla Bologna i els estudiants del Pla 93 ($t=5,275$; $p<0,0001$). La proporció d'estudiants del Pla Bologna que viuen amb els pares o en parella és molt inferior a l'esperada (fig.68).

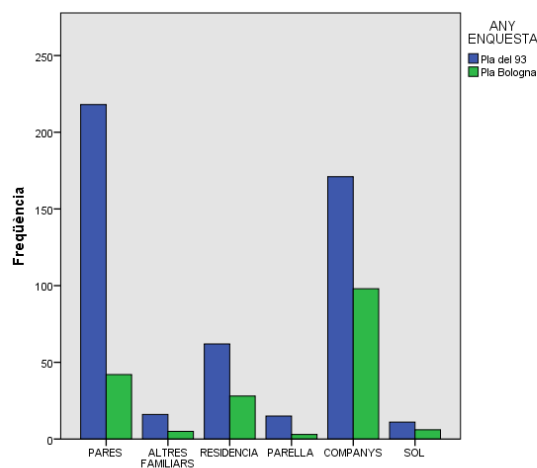


Figura 68. On viu durant el curs escolar segons pla d'estudis

2.5.2.4. Residència durant el curs escolar

En estudiar les relacions de la variable on viu durant el curs escolar, només s'ha trobat que hi ha diferències significatives entre els estudiants del Pla Bologna i els estudiants del Pla 93 ($t=5,275$; $p<0,0001$), tal i com mostra la figura 60.

2.5.2.5. Beca ministeri

Si s'examina les relacions de la variable beca ministerial amb la resta de les variables sociodemogràfiques, s'ha trobat relació significativa ($t=6,034$; $p<0,0001$) amb la variable on passa les vacances familiars, en el sentit que els que tenen beca diuen anar menys de viatge a l'estranger (fig.69).

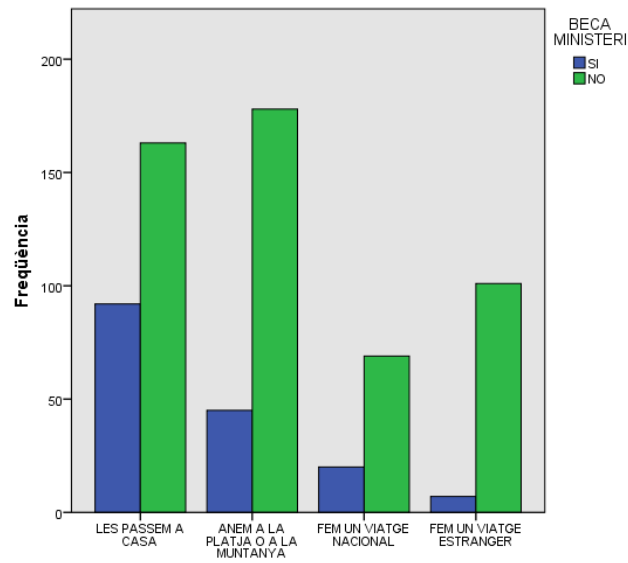


Figura 69. On passen les vacances familiars segons si disfruten de beca del ministeri

També s'ha trobat relació significativa amb rebre ajuda econòmica de pares i tutors ($p < 0,0001$), amb la professió del pare ($t=6,179$; $p < 0,0001$), amb la professió de la mare ($t=6,316$; $p < 0,0001$) i amb el centre on ha cursat ESO/BUP//batxillerat ($t=3,257$; $p=0,001$). Aquesta última relació queda reflectida a la figura 70.

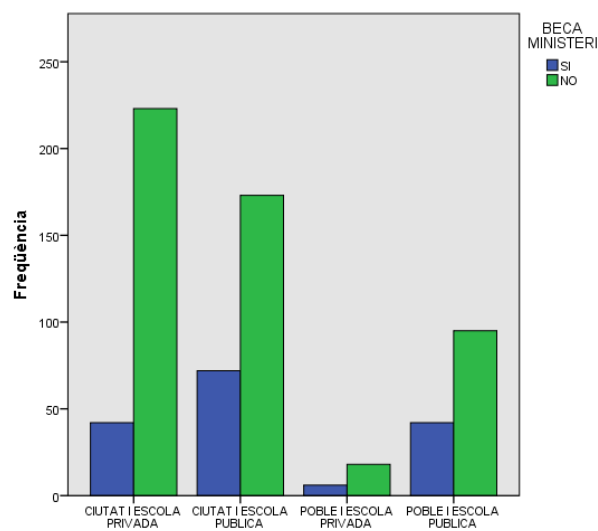


Figura 70. Centre on ha estudiat BUP/ESO/ Batxillerat segons si disfruta de beca del ministeri

2.5.2.6. Centre on ha estudiat BUP / ESO / Batxillerat

La variable centre on ha estudiat s'ha conglomerat diferenciant només entre centre privat i centre públic. Amb aquesta categorització, s'ha estudiat les relacions d'aquesta variable amb la resta de les variables sociodemogràfiques. S'ha trobat que hi ha relació significativa ($t=6,934$; $p<0,0001$) amb el lloc de residència familiar (en ciutats grans proporcionalment hi ha més assistència a centres privats) (fig.71).

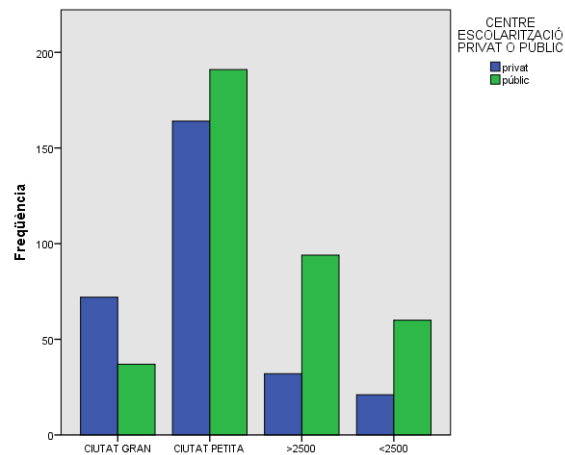


Figura 71. Residència familiar segons centre d'escolarització públic o privat

També s'ha trobat relació significativa entre centre públic i tenir beca ($p<0,0001$), la variable on passen les vacances familiars ($t=2,744$; $p=0,006$), amb la professió del pare ($t=5,494$; $p=0,00$) i de la mare ($t=3,605$; $p<0,0001$).

Pel que fa a la variable amic de la infància que estudia medicina, s'ha trobat relació significativa ($p=0,006$) (fig. 72)

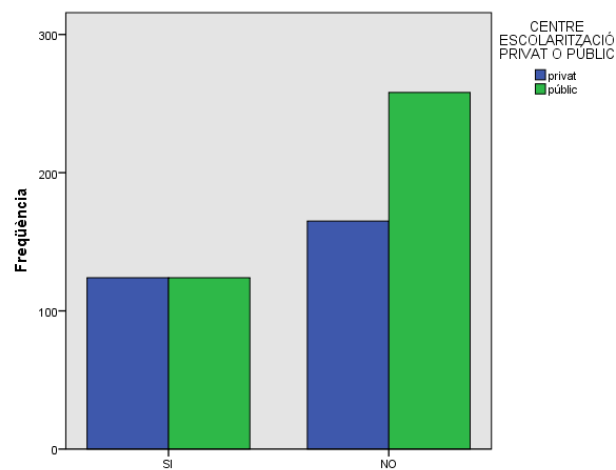


Figura 72. Amic de la infància que estudia medicina segons centre d'escolarització privat o públic

En analitzar la relació amb l'època que decideix estudiar medicina també ha resultat significativa ($t=2,107$; $p=0,035$) en el sentit que els alumnes de centre privat proporcionalment prenen la decisió en etapes més primerenques (10 a 14 anys) (fig. 73).

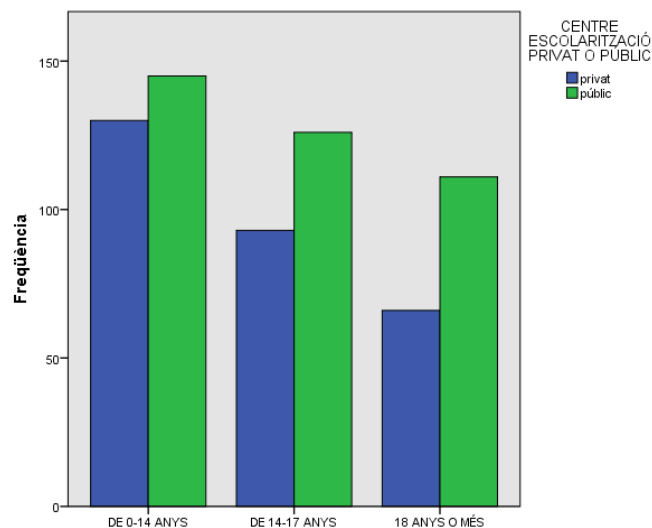


Figura 73. Època que decideix estudiar medicina segons centre d'escolarització privat o públic

2.5.2.7. Antecedents familiars metges

A banda de la relació que ja s'ha esmentat que té aquesta variable amb el gènere, s'ha estudiat les possibles relacions d'aquesta variable amb la resta de variables sociodemogràfiques. S'ha trobat una relació significativa ($p=0,00$) amb haver tingut influències per estudiar medicina, en el sentint que els que tenen antecedents de familiars de primer grau metges han manifestat haver tingut més influències per estudiar medicina, tal i com mostra la figura 74.

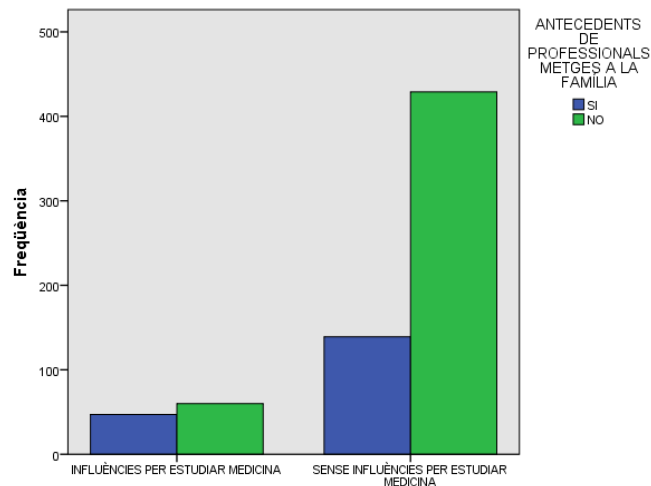


Figura 74. Influències per estudiar medicina segons antecedents de familiars metges

2.5.2.8. Antecedents familiars infermers

Pel que fa a la variable tenir familiars infermers, tal i com s'ha dit, s'ha trobat relació amb el gènere i també s'ha vist que tenia relació significativa ($p=0,003$) amb haver fet tasques de voluntariat (fig. 75).

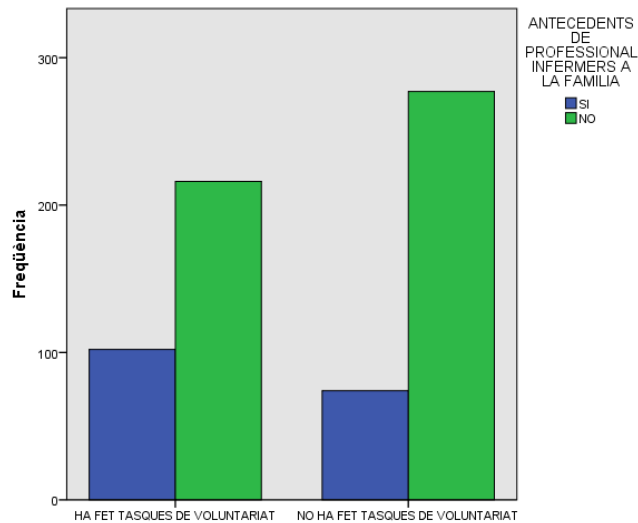


Figura 75. Ha fet tasques de voluntariat segons els antecedents de familiars infermers

2.5.2.9. En quina època decideix estudiar medicina

S'ha trobat relació significativa ($p=0,014$) entre l'època en què decideixen estudiar medicina i el tipus d'especialitat que els agradaria exercir, de manera que els que volen ser cirurgians o d'especialitats subquirúrgiques són els que prenen la decisió més aviat, tal i com mostra la fig. 76

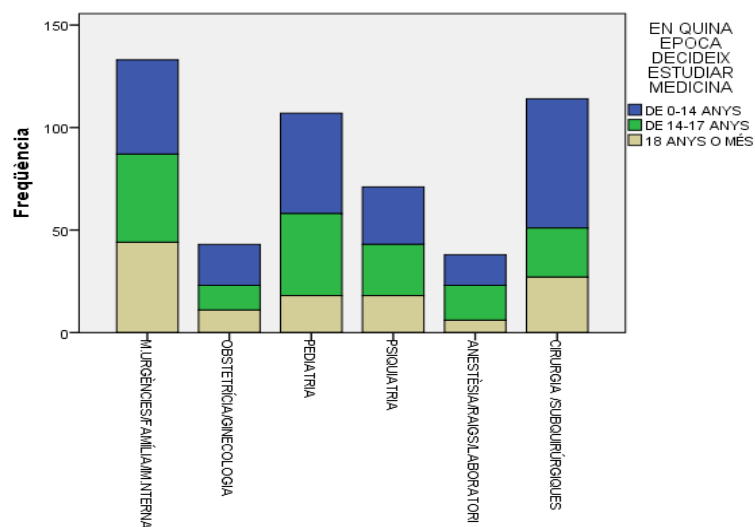


Fig. 76. Distribució de l'especialitat que els agradaria exercir en relació amb l'època que prenen la decisió d'estudiar medicina

En la relació entre l'època que ha pres la decisió d'estudiar medicina i tenir experiència de malaltia greu o minusvalidesa pròpia, s'han trobat diferències significatives ($p=0,008$), en el sentit que els que tenen experiència pròpia prenen la decisió abans, en el període de 0 – 14 anys, tal i com mostra la figura 77.

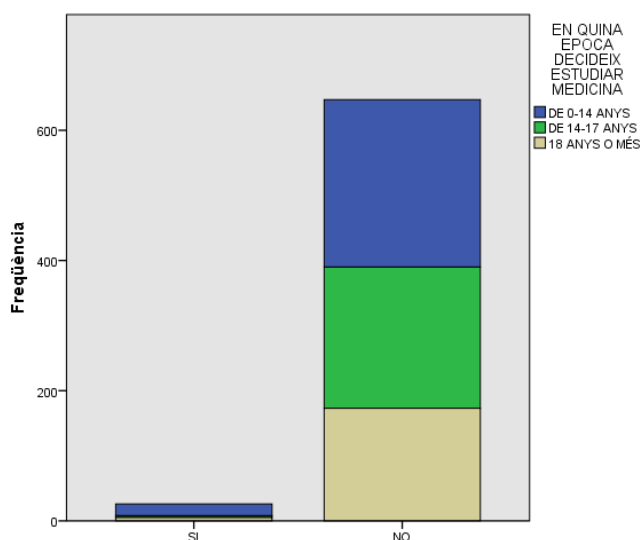


Fig. 77. Distribució de tenir experiència de malaltia o minusvalidesa pròpia segons l'època que prenen la decisió d'estudiar medicina

2.5.2.10. Si han rebut influències per estudiar medicina

Per aquesta variable s'han trobat relacions significatives amb el gènere i amb el fet de tenir antecedents de familiars metges, tal i com s'ha dit anteriorment (fig. 51 i 74).

2.5.2.11. Especialitat que li agradaria exercir

De les relacions de la variable especialitat que li agradaria exercir, s'han trobat relacions significatives amb el gènere i amb l'època en què decideix estudiar medicina (fig. 52 i 76).

A més a més, si analitzem les especialitats que els agradaria exercir en relació a si ha fet tasques de voluntariat, s'han trobat relacions significatives ($p=0,008$) en el sentit que els que volen fer especialitats quirúrgiques són els que menys tasques de voluntariat han dit haver realitzat, tal i com mostra la fig. 78.

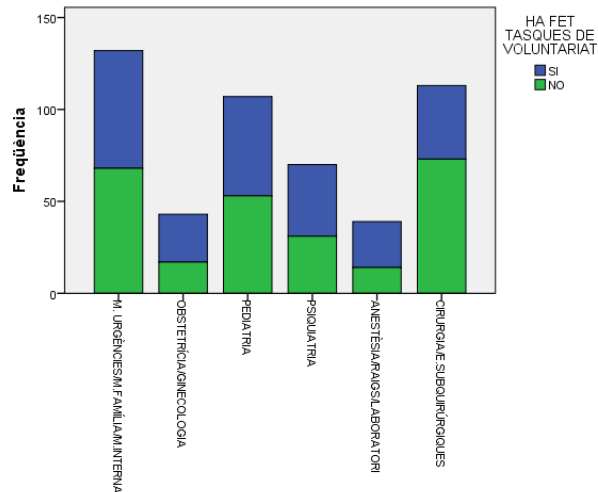


Fig. 78. Distribució de l'especialitat que els agradaria exercir en relació a si ha fet tasques de voluntariat

2.5.2.12. Ha fet tasques de voluntariat

La variable haver fet tasques de voluntariat ha mostrat relacions significatives amb el gènere, amb tenir antecedents de familiars infermers i amb l'especialitat que li agradaria exercir (fig. 53, 75 i 78).

També, s'han trobat relacions significatives ($p=0,001$) entre haver fet tasques de voluntariat i tenir experiència de malaltia greu o minusvalidesa pròpia, en el sentit que els que han patit malaltia o minusvalidesa pròpia han dit haver fet més voluntariat (fig. 79).

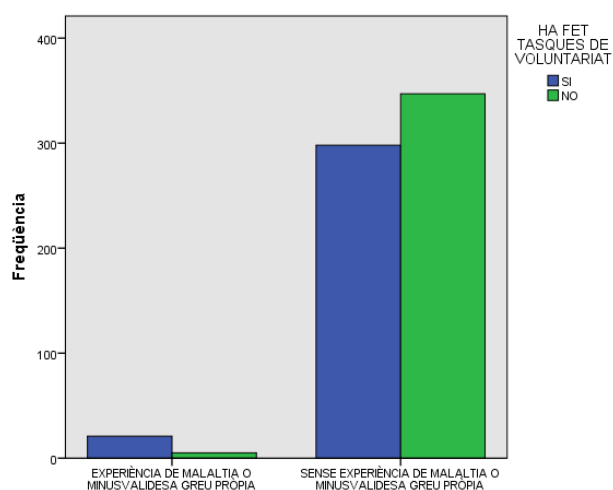


Fig. 79. Distribució de l'experiència de malaltia o minusvalidesa greu pròpia segons si ha fet tasques de voluntariat

Si es mira la relació amb tenir experiència de malaltia greu o minusvalidesa en familiars propers, també s'ha trobat relació significativa ($p=0,37$), mentre que no s'ha trobat relació significativa amb si la malaltia o minusvalidesa greu era en amics (fig. 80).

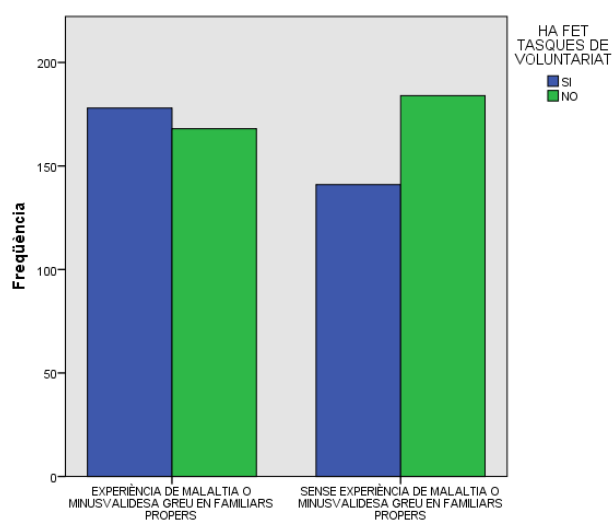


Fig. 80. Distribució de l'experiència de malaltia o minusvalidesa greu en familiars propers segons si ha fet tasques de voluntariat

Pel que fa a la relació entre haver fet voluntariat i la variable haver estat ingressat a l'hospital per malaltia també s'ha trobat relació significativa ($p=0,041$).

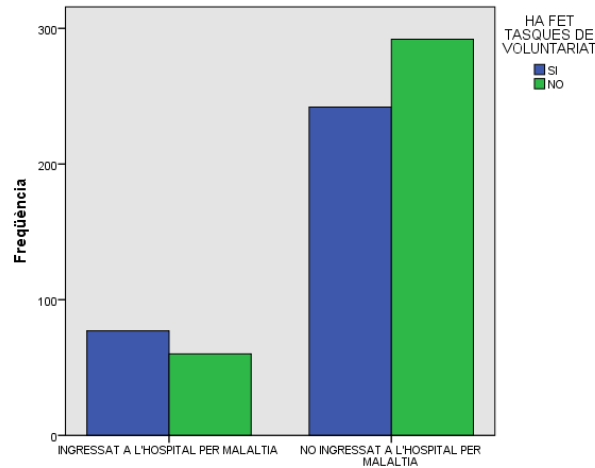


Fig. 81. Distribució d'haver estat ingressat a l'hospital per malaltia segons si ha fet tasques de voluntariat

2.5.2.13 Haver tingut experiència de malaltia o minusvalidesa greu

D'aquesta variable s'ha trobat relació significativa amb l'època que decideixen estudiar medicina tal i com mostra la fig. 77, i amb haver fet voluntariat quan l'experiència és pròpia (fig. 79).

Si l'experiència és en familiars, s'ha trobat relació significativa amb l'haver fet voluntariat (fig. 80). Mentre que de la variable experiència de malaltia o minusvalidesa greu en amics no s'han trobat relacions significatives.

2.5.2.14 Haver estat ingressat en un hospital

La variable haver estat ingressat a l'hospital per malaltia ha mostrat relacions significatives amb el gènere i amb la variable haver fet voluntariat (fig. 81) . Mentre que la variable haver estat ingressat per intervenció només ha mostrat relació amb el gènere.

2.5.2.15 Personalitat i variables sociodemogràfiques

Quan s'analitza la relació entre les dimensions de personalitat i la variable gènere, s'han trobat diferències significatives en 4 de les dimensions: Neuroticisme ($t=3,631$; $p<0,0001$), Extraversió ($t=2,619$; $p=0,009$), Amabilitat ($t=4,786$; $p<0,0001$), Responsabilitat ($t=3,988$; $p<0,0001$) puntuant en totes elles més alt el gènere femení, tal i com es veu a la fig.82.

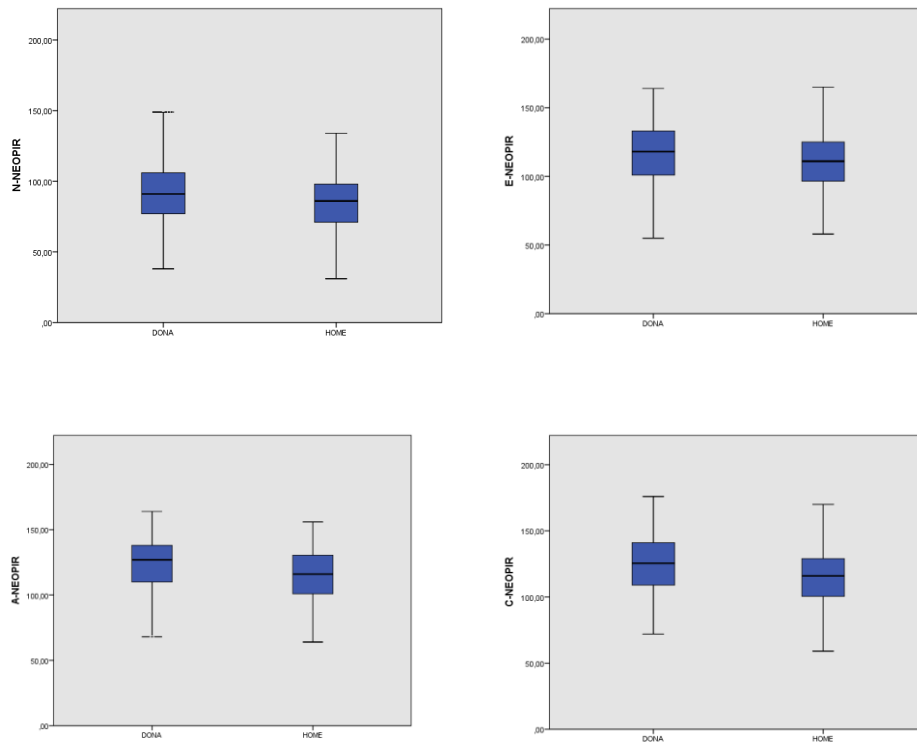


Figura 82. Escales de NEO-PI-R amb diferències significatives respecte al gènere

Cal destacar que de la dimensió Extraversió hi ha diferències significatives en 4 de les facetes: E1 (Cordialitat) ($t=3,413$; $p=0,001$), E2 (Sociabilitat) ($t=4,715$; $p<0,0001$), E5 (Recerca d'excitació) ($t=-2,253$; $p=0,025$), E6 (Emocions) ($t=4,182$; $p<0,0001$). Remarcar que en el cas d'E5 el gènere masculí puntua més alt que el femení, tal i com es veu a la fig. 83.

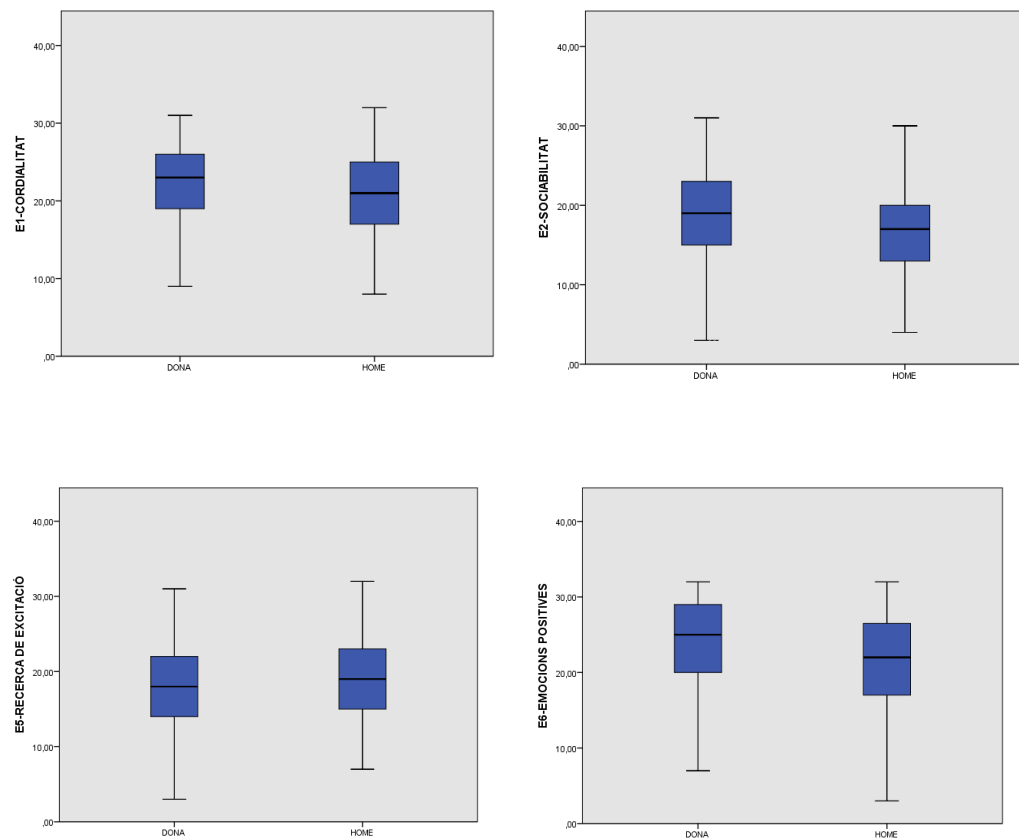


Figura 83. Facetes de la dimensió d'Extraversió amb diferències significatives respecte al gènere

Quan s'estudien les facetes de dimensió Obertura a l'experiència s'han trobat diferències significatives en tres d'elles: O2 (Estètica) ($t=2,604$; $p=0,009$), O3 (Sentiments) ($t=3,433$; $p=0,001$), O6 (Valors) ($t=3,481$; $p=0,001$), puntuant més alt el gènere femení, tal i com es veu a la fig. 84.

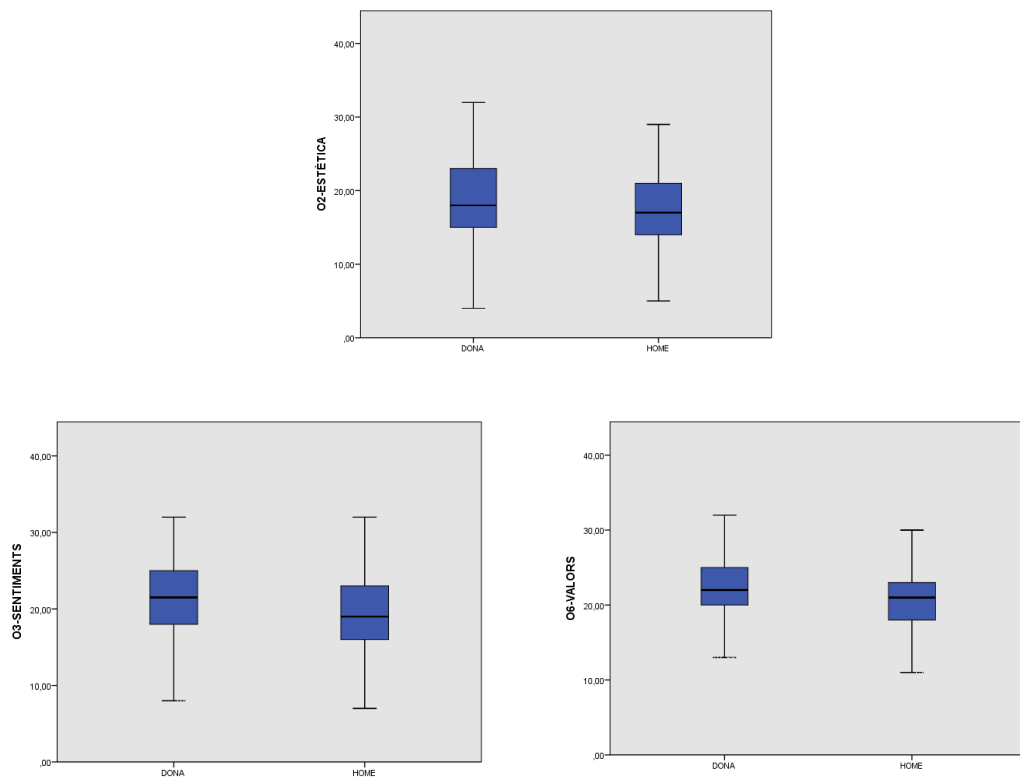


Figura 84. Facetes de la dimensió d'Obertura a l'experiència amb diferències significatives respecte al gènere

Si la mostra d'estudiants la dividim segons el pla d'estudis i tornem a avaluar les dimensions de la personalitat segons el gènere, trobem que en els estudiants del Pla 93 s'han trobat diferències significatives en 4 de les dimensions: Neuroticisme ($t=3,049$; $p=0,002$), Extraversió ($t=2,179$; $p=0,030$), Amabilitat ($t=3,134$; $p=0,002$), Responsabilitat ($t=2,807$; $p=0,005$) puntuant també en totes elles més alt el gènere femení. Quan s'estudien les facetes de dimensió Obertura a l'experiència s'ha trobat diferències significatives en només dos d'elles: O3 (Sentiments) ($t=2,913$; $p=0,004$), O6 (Valors) ($t=2,501$; $p=0,013$).

Quan analitzem la mostra d'estudiants del Pla Bologna s'ha trobat diferències significatives en 4 de les dimensions: Neuroticisme ($t=1,970$; $p=0,050$), Obertura a l'experiència ($t=2,167$; $p=0,032$), Amabilitat ($t=4,359$; $p<0,0001$), Responsabilitat ($t=3,240$; $p=0,001$) puntuant també en totes elles més alt el gènere femení. Quan s'estudien les facetes de dimensió Obertura a l'experiència s'han trobat diferències significatives en només tres d'elles: O2 (Estètica) ($t=3,529$; $p=0,001$), O3 (Sentiments) ($t=1,992$; $p=0,048$), O6 (Valors) ($t=2,680$; $p=0,008$). Pel que fa a les facetes d'Extraversió s'ha trobat diferències significatives en E1 (Cordialitat) ($t=2,251$; $p=0,026$) i E6 (Emocions positives) ($t=2,984$; $p=0,003$).

En analitzar les dimensions de personalitat amb les diferents variables sociodemogràfiques de la mostra d'estudiants, s'han trobat diferències significatives de les escales de Neuroticisme ($t=3,289$; $p=0,001$) i d'Amabilitat ($t=1,996$; $p=0,046$) en relació amb la variable tenir antecedents d'infermers a la família, en el sentit que els que tenen antecedents infermers puntuen més alt en Neuroticisme i més alt en Amabilitat (fig. 85 i 86). No s'ha trobat relació de cap escala amb tenir antecedents de familiars metges.

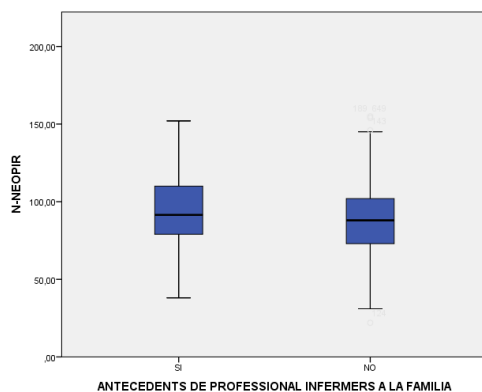


Figura 85. Escala de Neuroticisme en relació a antecedents de familiars infermers

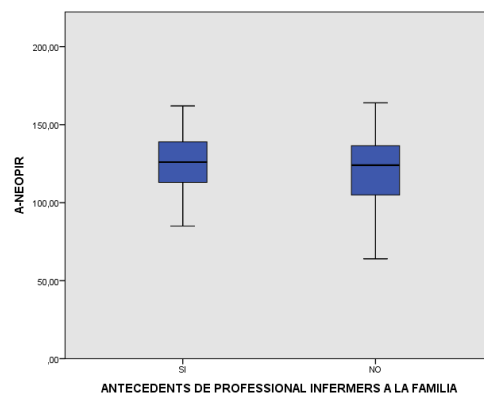


Figura 86. Escala d'Amabilitat en relació a antecedents de familiars infermers

L'escala de Neuroticisme també ha mostrat diferències significatives entre els grups de la variable amic de la infància que estudia medicina ($t=2,215$; $p=0,027$) en el sentit que els que tenen un amic estudiant també medicina puntuen més alt en Neuroticisme (fig. 87).

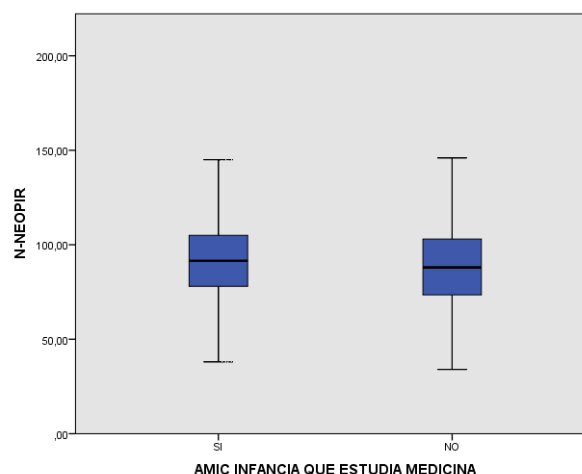


Figura 87. Escala de Neuroticisme en relació a amic de la infància que estudia medicina

En analitzar la relació de les escales de personalitat amb la variable època de la vida que decideix estudiar medicina, s'han trobat diferències significatives en el sentit que els que prenen la decisió d'estudiar medicina entre els 14 i 17 anys puntuen més alt en Obertura a l'experiència ($t=2,015$; $p=0,045$) i Amabilitat ($t=2,105$; $p=0,036$) (Fig. 88 i 89).

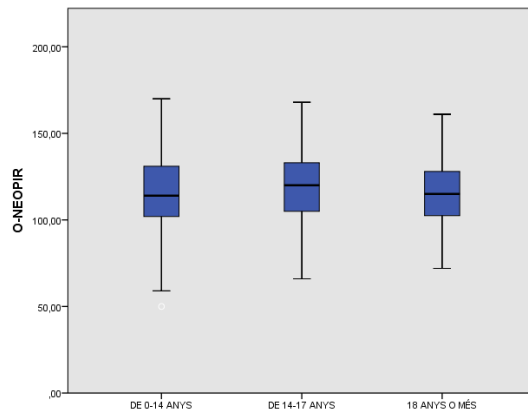


Fig. 88. Escala Obertura a l'experiència en relació a l'època que decideix estudiar medicina

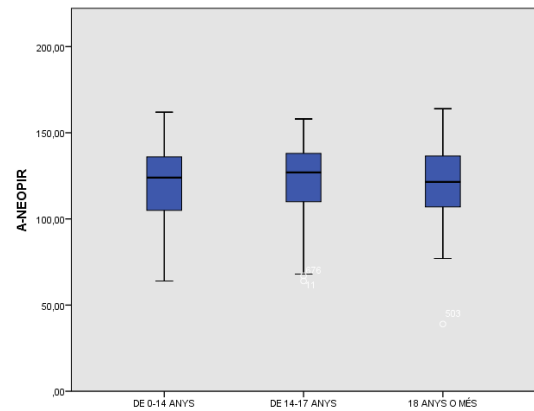


Fig. 89. Escala Amabilitat en relació a l'època que decideix estudiar medicina

En estudiar les dimensions de personalitat en relació a les especialitats que han dit els agradaria exercir, s'han trobat diferències significatives en l'escala d'Obertura a l'experiència entre les especialitats de psiquiatria i pediatria ($t=3,072$; $p=0,002$) i entre psiquiatria i cirurgia ($t=3,437$; $p=0,001$) (fig. 90.).

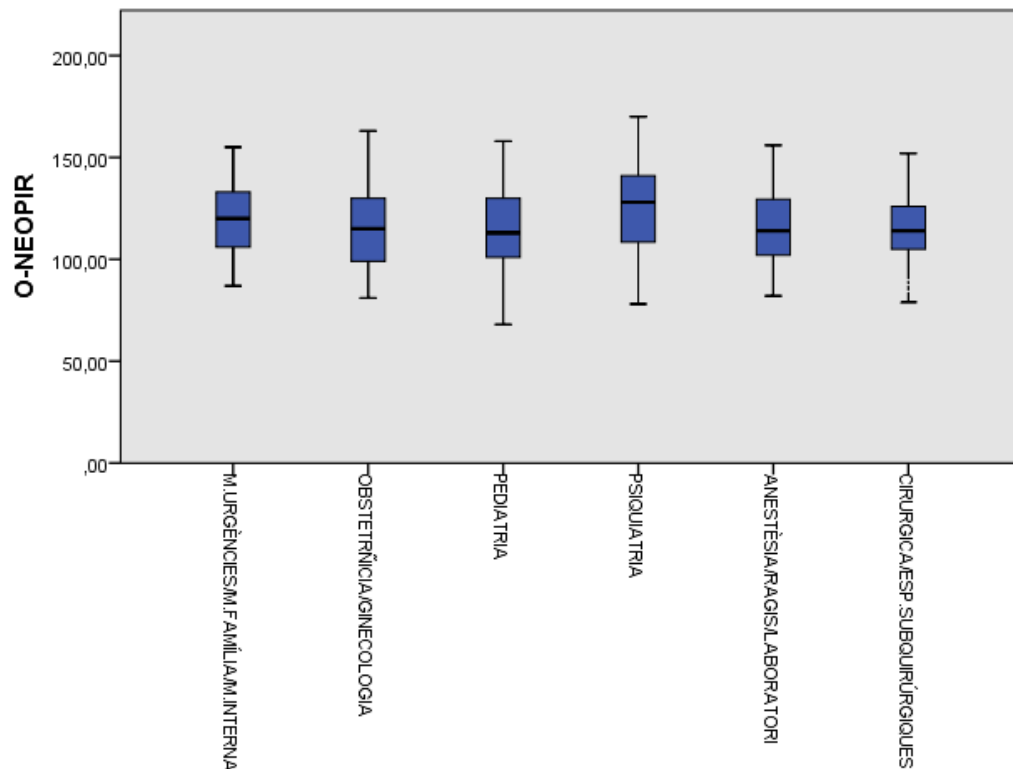


Fig.90. Escala Obertura a l'experiència en relació a l'especialitat que li agradaria exercir

També s'han trobat diferències significatives en l'escala d'Amabilitat entre les especialitats de pediatria i especialitats amb poc o nul contacte amb el pacient (anestèsia/radiologia/laboratori) ($t=2,449$; $p=0,016$) i entre pediatria i cirurgia ($t=3,278$; $p=0,001$) (fig. 91.)

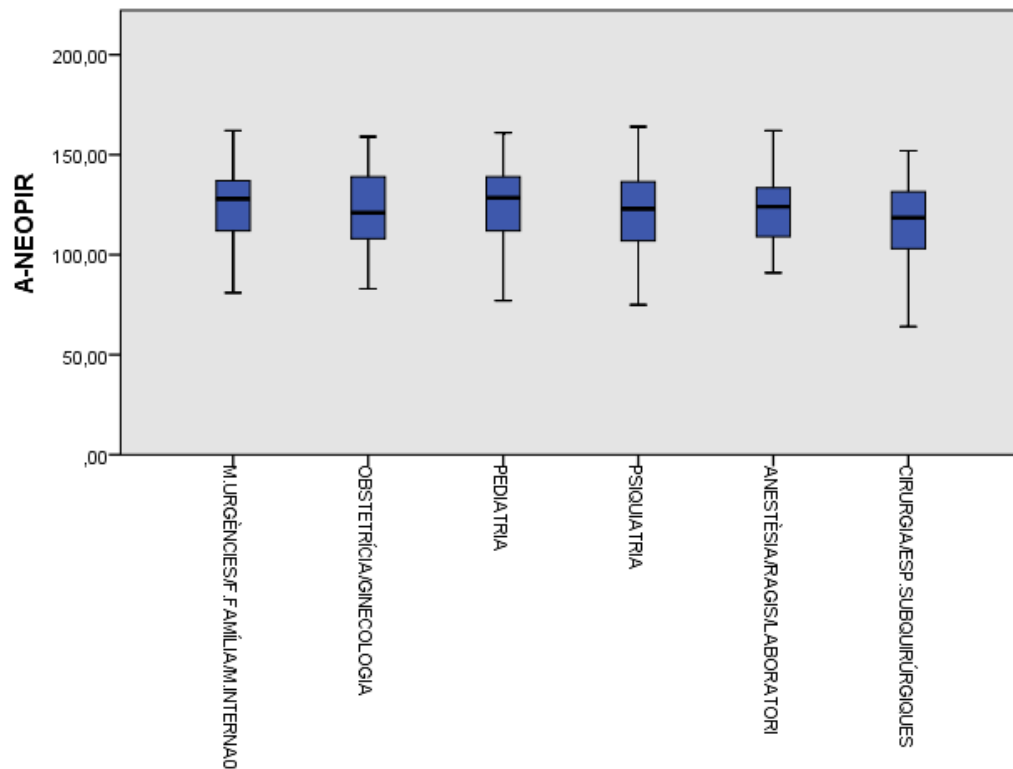


Fig. 91. Escala Amabilitat en relació a l'especialitat que li agradaria exercir

De l'anàlisi de les relacions de totes les facetes de personalitat amb l'especialitat que li agradaria exercir, s'han trobat diferències significatives entre elles:

N1 (Ansietat): Ginecologia puntua més alt que Medicina interna ($t=2,547$; $p=0,012$), més alt que Psiquiatria ($t=2,483$; $p=0,015$), i més alt que Cirurgia i Esp. Subquirúrgiques ($t=2,886$; $p=0,005$).

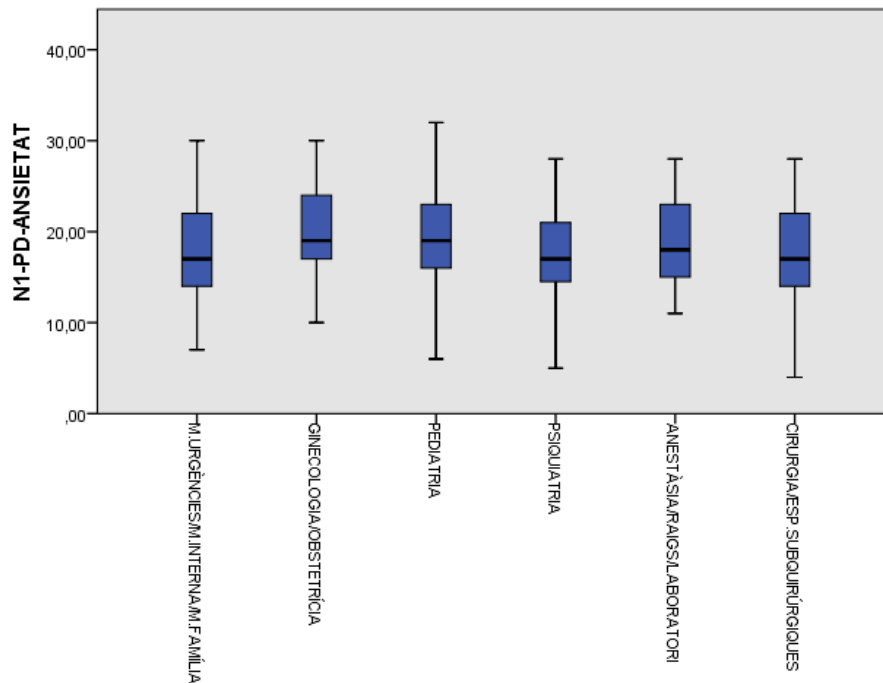


Figura 92. Faceta N1 (PD-Ansietat) en relació a l'especialitat que li agradaria exercir

E2 (Sociabilitat) : Ginecologia puntua més alt que Cirurgia i Esp.Subquirúrgiques
($t=2,005$; $p=0,047$).

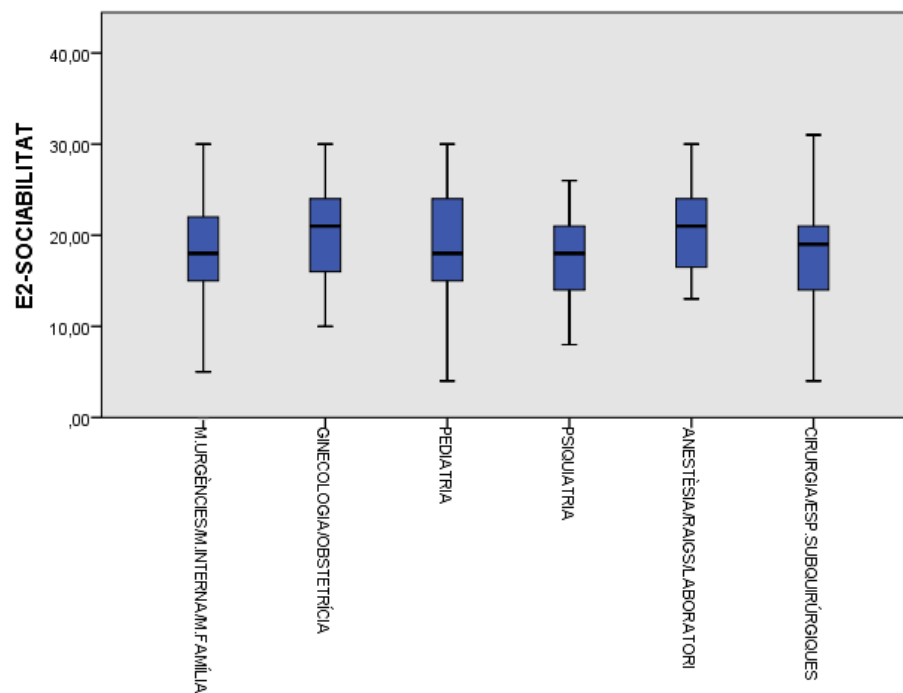


Figura 93. Faceta E3 (Sociabilitat) en relació a l'especialitat que li agradaria exercir

O3 (Sentiments): Ginecologia puntua més alt que Cirurgia i Esp.Subquirúrgiques ($t=2,2375$; $p=0,027$).

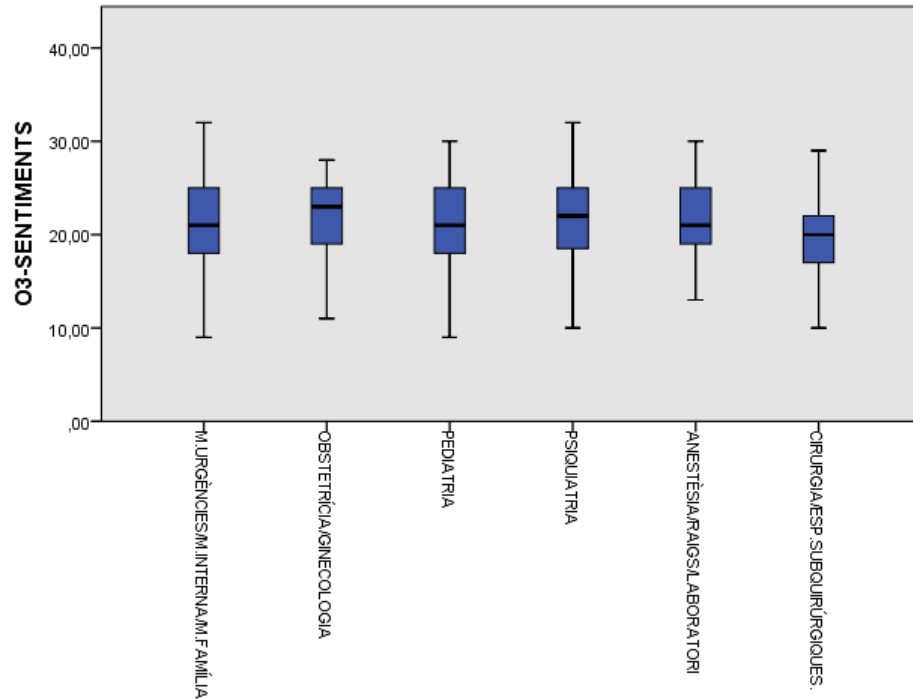


Figura 94. Faceta O3 (Sentiments) en relació a l'especialitat que li agradaria exercir

O4 (Accions): Psiquiatria puntua més alt que Pediatria ($t=2,734$; $p=0,007$), més alt que especialitats amb poc o nul contacte amb el pacient (anestèsia/radiologia/laboratori) ($t=2,059$; $p=0,043$), i més alt que Cirurgia i Esp.Subquirúrgiques ($t=1,995$; $p=0,048$).

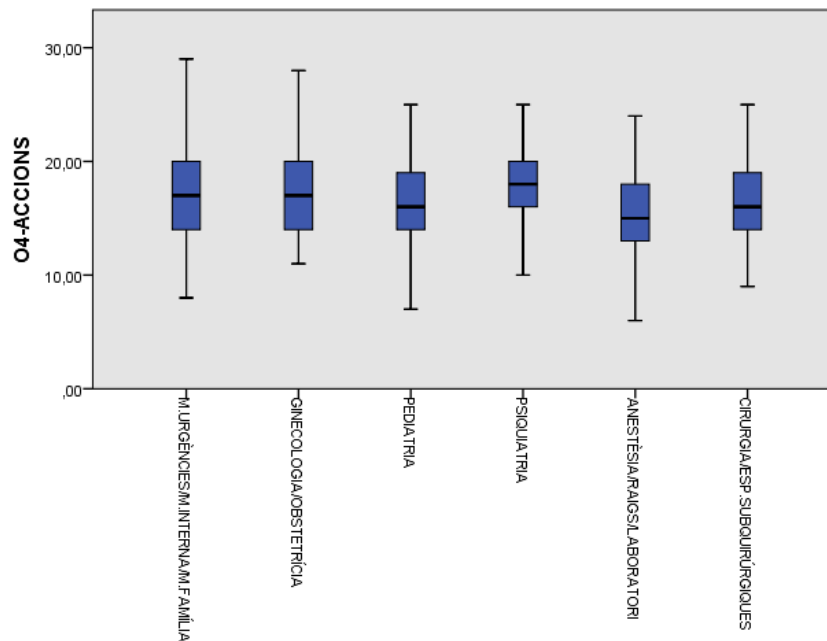


Figura 95. Faceta O4 (Accions) en relació a l'especialitat que li agradaria exercir

O5 (Idees): Medicina interna puntua més alt que Ginecologia ($t=2,973$; $p=0,004$).
 Psiquiatria puntua més alt que Ginecologia ($t=3,201$; $p=0,002$), més alt que
 Pediatria ($t=3,311$; $p=0,001$) i més alt que Cirurgia i Esp.Subquirúrgiques ($t=2,912$;
 $p=0,004$).

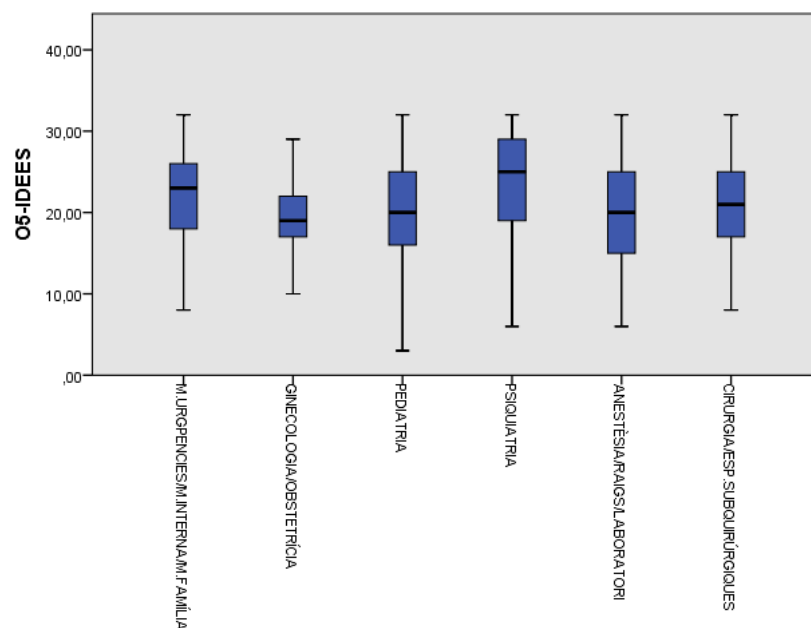


Figura 96. Faceta O5 (Idees) en relació a l'especialitat que li agradaria exercir

O6 (Valors): Psiquiatria puntua més alt que Pediatria ($t=3,047$; $p=0,003$).

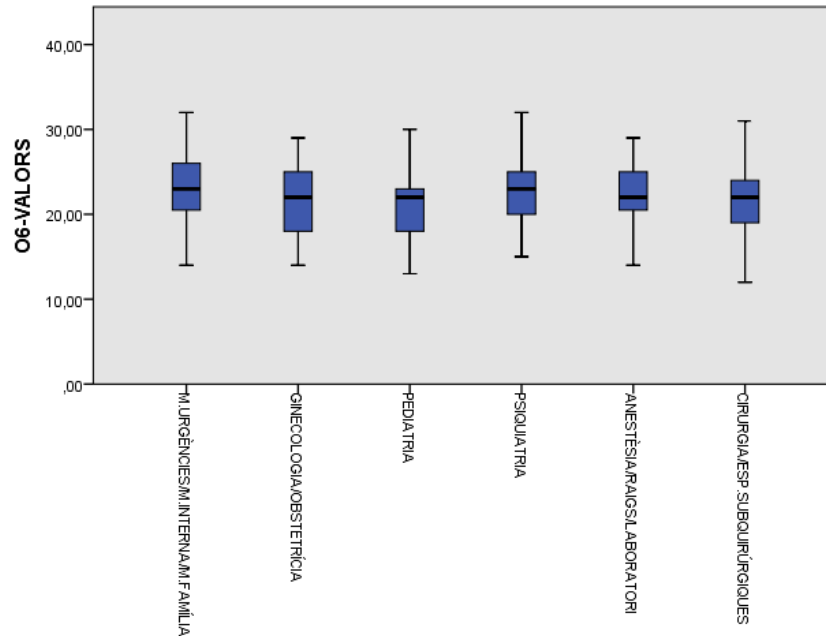


Figura 97. Faceta O6 (Valors) en relació a l'especialitat que li agradaria exercir

En analitzar les relacions de les dimensions de personalitat amb la variable haver fet tasques de voluntariat, s'ha trobat relació amb totes elles, encara que la relació amb l'escala de Neuroticisme és en sentit negatiu (puntuen més alt els estudiants que no han fet tasques de voluntariat) ($t=2,369$; $p=0,018$).

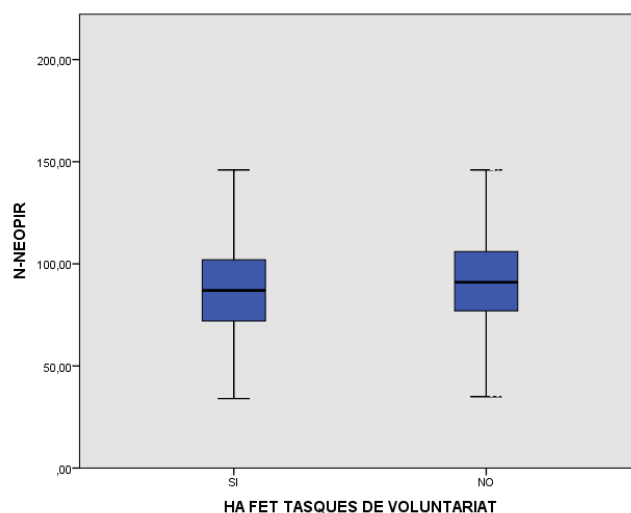


Figura 98. Escala de Neuroticisme en relació a haver fet tasques de voluntariat

Pel que fa a les relacions amb les altres escales, l'Extraversió ($t=4,211; p<0,0001$) i l'Obertura a l'experiència ($t=4,551; p<0,0001$) són les que tenen una significació més gran, seguides de l'Amabilitat ($t=3,185; p=0,002$) i Responsabilitat ($t=2,072; p=0,039$).

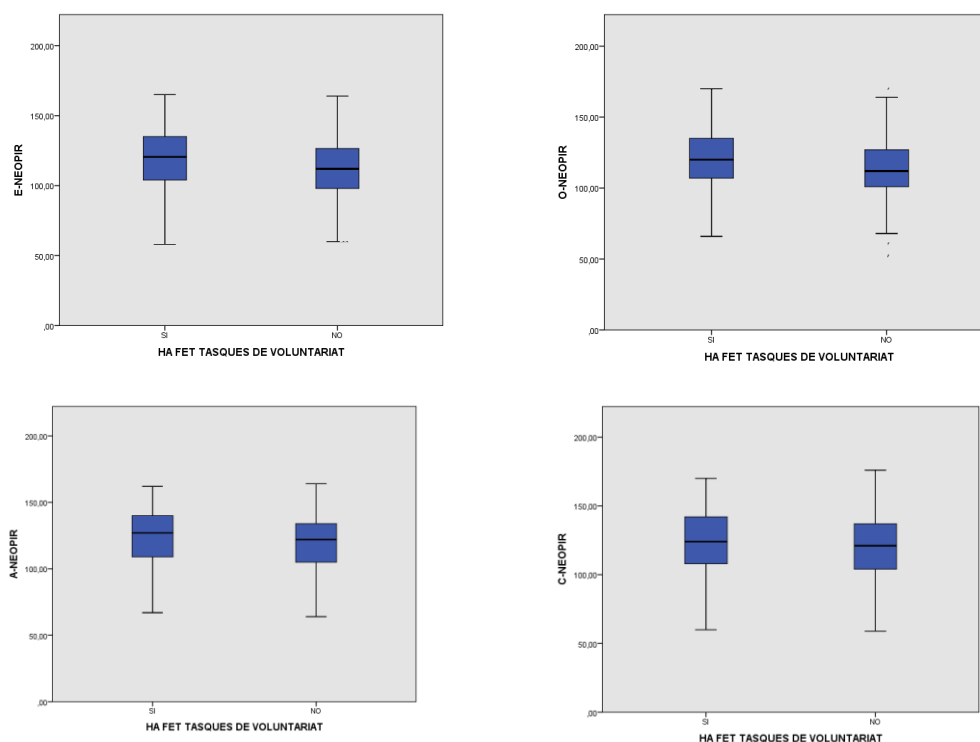


Figura 99. Escales E, O, A, C en relació a haver fet tasques de voluntariat

En estudiar les diferències en els perfils de personalitat entre els estudiants de 1r i els de 6è de tota la mostra, no s'han trobat diferències significatives en cap de les cinc dimensions de personalitat. Si analitzem les facetes, únicament s'han trobat diferències significatives en les facetes O1 (Fantasia) ($t=2,046$; $p=0,042$) i O6 (Valors) ($t=3,009$; $p=0,003$), puntuant més alt els alumnes de 6è.

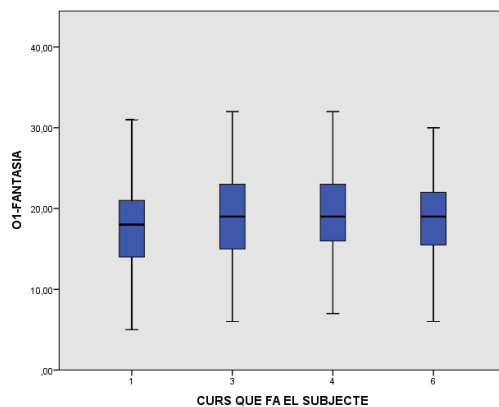


Figura 100. Faceta O1 (Fantasia) en relació al curs

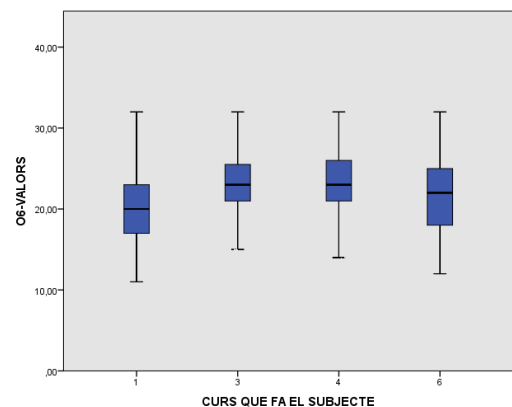


Figura 101. Faceta O6 (Valors) en relació al curs

Si aquest mateix estudi de dimensions i facetes es fa per separat en els estudiants del Pla 93 i els alumnes del Pla Bologna els resultats difereixen.

Dins del grup dels alumnes del Pla 93, en estudiar les diferències entre els alumnes de 1r i els de 6è, s'han trobat diferències significatives en quatre de les cinc dimensions: Extraversió ($t=2,438$; $p=0,016$), Obertura a l'experiència ($t=2,362$; $p=0,019$), Amabilitat ($t=3,625$; $p<0,0001$) i Responsabilitat ($t=3,767$; $p=0,0001$). En totes elles les puntuacions són més altes en els alumnes de sisè (fig. 102)

Si s'analitzen les diferències entre els alumnes de 1r i els de 4t d'aquest mateix Pla 93, també s'han trobat diferències significatives en quatre de les cinc dimensions:

Extraversió ($t=4,949$; $p<0,0001$), Obertura a l'experiència ($t=4,235$; $p=0,00$), Amabilitat ($t=5,949$; $p<0,0001$) i Responsabilitat ($t=6,479$; $p<0,0001$). En totes elles les puntuacions són més altes en els alumnes de quart. Aquestes relacions queden recollides en la fig.103.

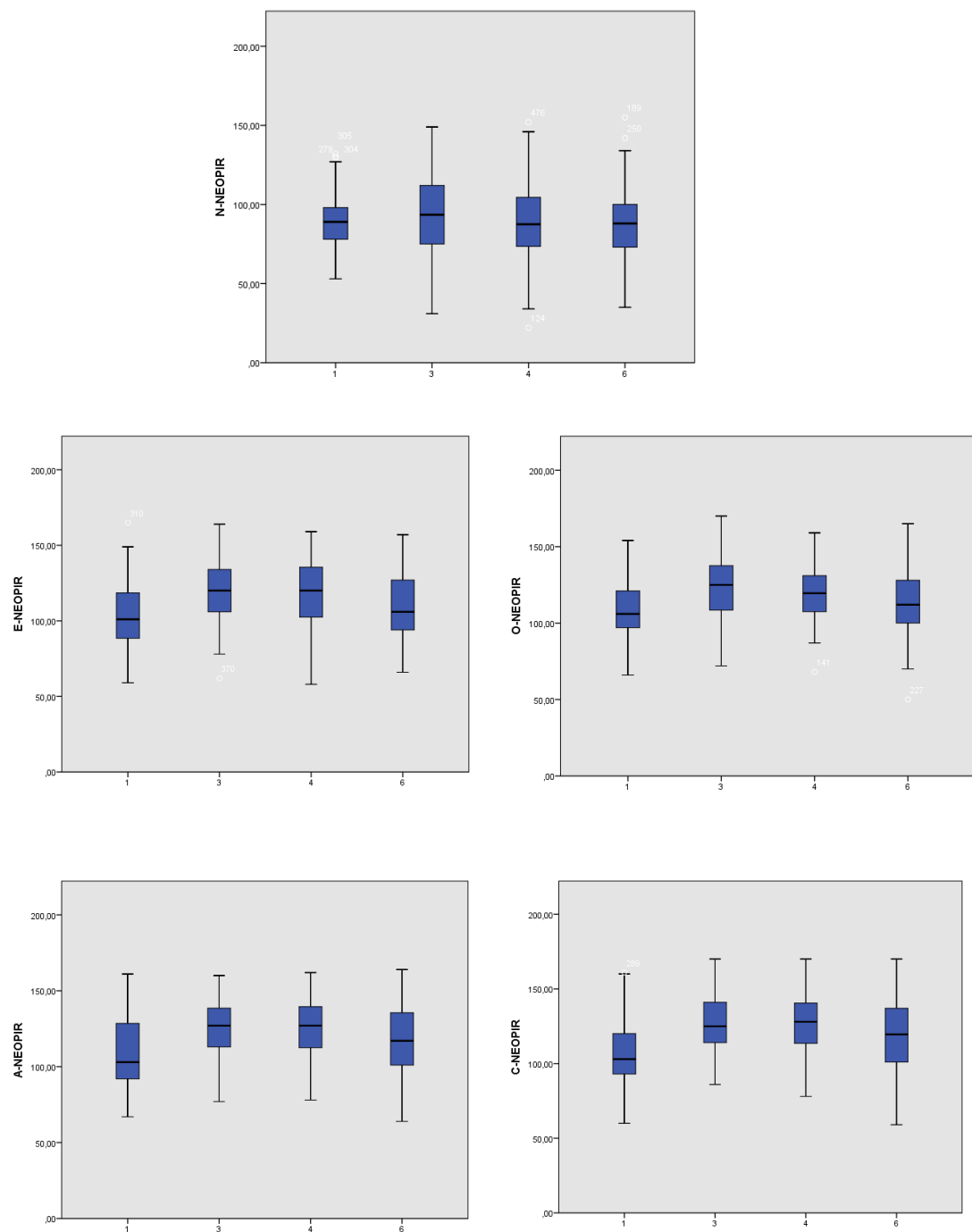


Fig. 102. Escales del NEO-PI-R per cursos en estudiants del Pla 93

Si s'analitzen les diferències entre els alumnes de 1r i els de 4t del Pla Bologna, només s'han trobat diferències significatives en l'escala de Neuroticisme ($t=2,648$; $p=0,010$).

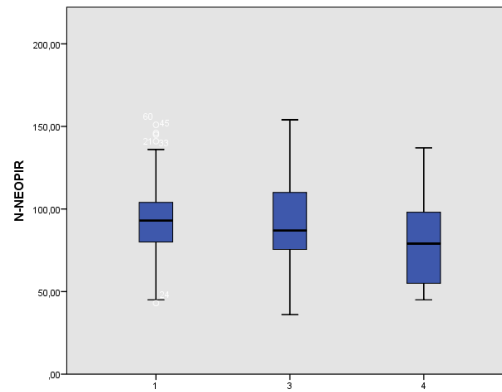


Fig. 103. Escala de Neuroticisme per cursos en estudiants del Pla Bologna

Si analitzem les facetes de cadascuna de les dimensions, trobem que hi ha diferències significatives en:

N3 (Depressió) ($t=2,598$; $p=0,011$), N4 (Autoconeixement) ($t=2,456$; $p=0,016$) i N5 (Impulsivitat) ($t=2,174$; $p=0,032$) en el sentit que els de 4t puntuen més baix (fig. 104).

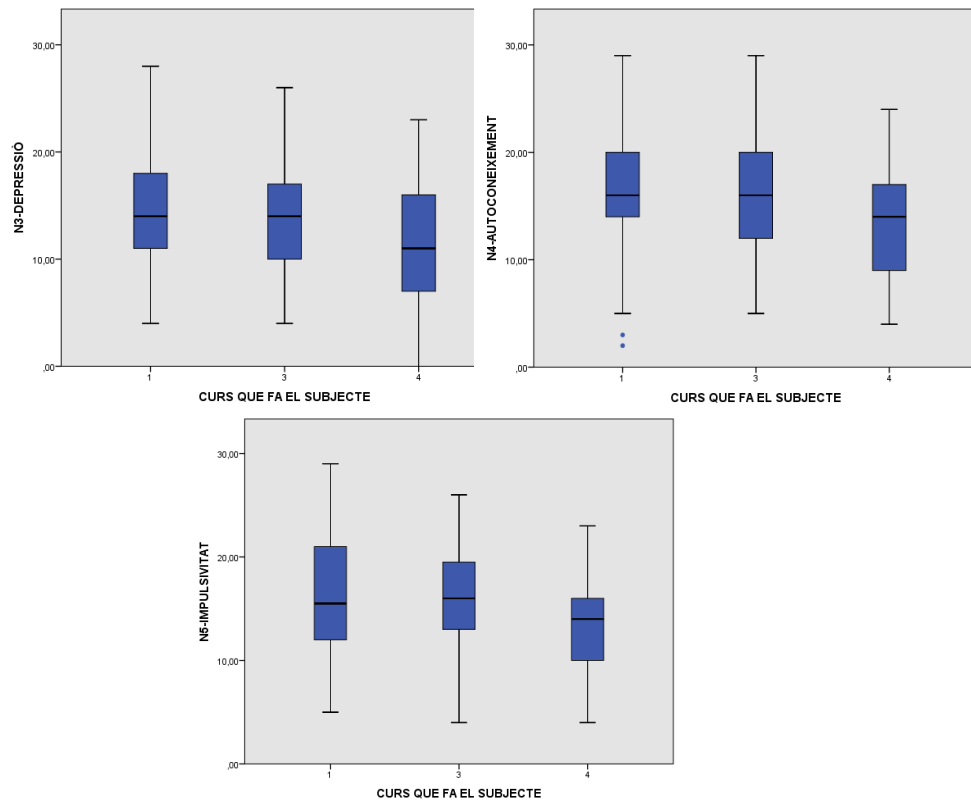


Fig. 104. Facetes de Neuroticisme N3, N4, N5 per cursos en estudiants del Pla Bologna

També s'han trobat diferències significatives en les facetes O 6 (Valors) ($t=3,407$ $p=0,001$) i C2 (Ordre) ($t=2,360$; $p=0,020$) en el sentit que els de 4t puntuen més alt.

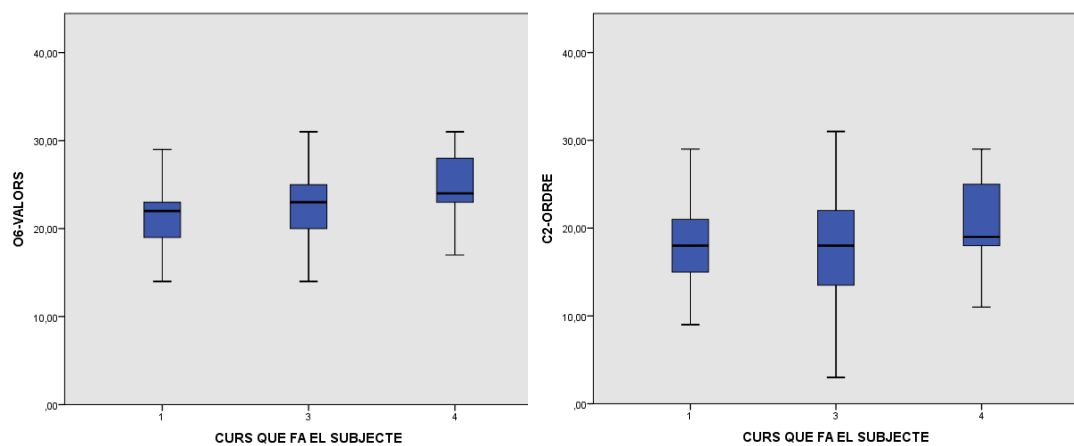


Fig. 105. Facetes O6 (Valors) i C2 (Ordre) per cursos en estudiants del Pla Bologna

Del grup d'estudiants de Bologna, si comparem els que han entrat en primera opció a la UdL amb els que han entrat en altres opcions, només s'han trobat diferències significatives en la dimensió de Responsabilitat (C) ($t=2,250$ $p=0,026$) en el sentit que els que entren en primera opció puntuen més alt.

Si l'anàlisi és per facetes s'han trobat diferències significatives en:

C1 (Competència) ($t=2,119$; $p=0,035$), C3 (Complir el deure) ($t=2,327$; $p=0,021$) i C4 (Aspiracions) ($t=2,283$; $p=0,024$) en el sentit que totes elles puntuen més alt en els que entren en primera opció.

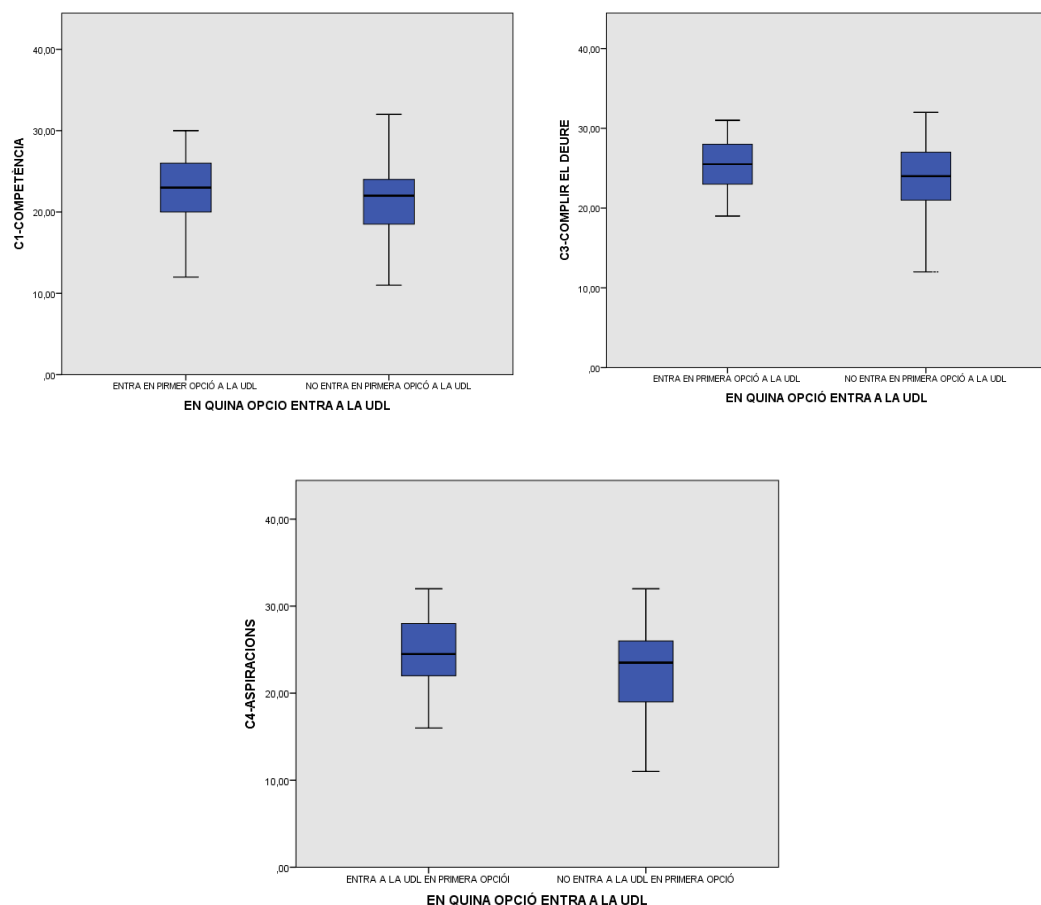


Fig. 106. Facetes C1 (Competència), , C3 (complir el deure) i C6 (Aspiracions) per cursos en estudiants del Pla Bologna

O2 (Estètica) ($t=2,822$; $p=0,005$), A2 (Franquesa) ($t=2,456$; $p=0,015$) en el sentit que els que entren en primera opció a la UdL puntuen més baix.

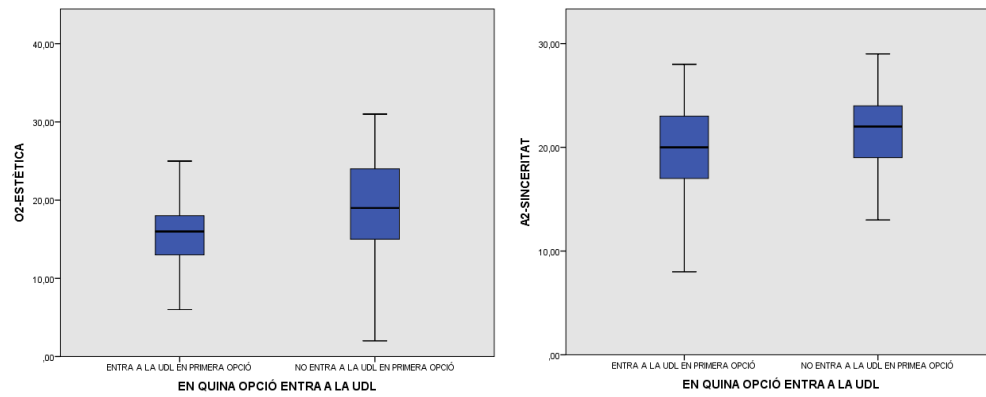


Fig. 107 Facetes O2 (Estètica), A2 (Franquesa) per cursos en estudiants del Pla Bologna

2.6. DISCUSSIÓ

L'estudi descriptiu d'estudiants de la Facultat de Medicina de la UdL permet comprovar l'elevat nombre de dones que cursen els estudis. Com ja s'ha recollit en nombrosos estudis anteriors (Soria et al., 2006b) (Gual et al., 2010) (Esquerda et al., 2015), 74,8% són dones. Aquest percentatge és molt superior al 54,3 % del total d'estudiants universitaris que són dones. També és fins i tot superior al 70,5% d'estudiants de Ciències de la Salut que recullen les dades del MEC (2013-2014) (Ministerio de Educación, 2014).

Tal i com queda palès a la literatura, aquest fet pot estar causat per la progressiva incorporació de la dona al món laboral i universitari, i a la vegada s'ha de tenir en compte que influeix en la personalitat dels subjectes, en les seves expectatives laborals, en els interessos altruistes, en el grau d'empatia que impregnarà la relació metge pacient (Esquerda et al., 2015).

En aquest sentit, s'ha trobat una relació significativa entre gènere i haver fet voluntariat i també gènere i visitar familiars o amics malalts que pot ser reflecteix la tradició existent, fins ara, en què era principalment la dona qui tenia cura dels altres en el seu entorn. Però també pot estar influenciat pel fet que la variable gènere influeix en la personalitat del subjecte, en les expectatives de futur i en la seva conducta vocacional, i per tant, el gènere femení tendeixi més a interessos altruistes i socials (Soria et al., 2006a)

En l'estudi s'ha trobat, de manera significativa que les dones tenen menys antecedents familiars metges que els homes estudiants de medicina i que elles reben menys influències a l'hora de decidir estudiar medicina.

En relació a l'edat dels estudiants, el rang ha estat dels 18 als 37 anys. S'ha trobat diferències significatives en la relació edat i gènere en el sentit que la mitja d'edat dels homes és superior a la de les dones.

Només un 3,5 % dels estudiants tenen >25 anys, (1% tenen >30 anys) la qual cosa indica que el nombre de persones que estudien com a segona titulació universitària és molt baix en comparació a altres carreres. Les dades de la població universitària espanyola del curs 2012-2103 indicaven que un 29,9% dels estudiants tenia més de 25 anys (Ministerio de Educación, 2014).

Dels estudiants enquestats, 181 pertanyen al Pla d'estudis Bologna (28,46%) i 455 són del Pla 93 (preBologna). En l'aspecte sociodemogràfic s'ha trobat diferències significatives en el sentit que els estudiants del Pla Bologna viuen més fora del domicili familiar (pares o parella) que els del Pla 93 i també que no han entrat en primera opció a la UdL, la qual cosa porta a pensar que són majoritàriament de fora de les comarques de Ponent.

Un 68,6% dels estudiants participants deien ser de procedència urbana, mentre que un 31,4% deien ser de procedència rural. Si tenim en compte que, segons Territori i Població de la Generalitat de Catalunya, s'entén per població urbana tota aquella que viu en municipis de més de 2000 habitants, en aquest estudi aquesta proporció és del 88,05 % (als estudiants que deien ser de ciutat se'ls afegeix els que han dit viure en pobles de >2500 habitants), mentre que la de la població catalana la situa

en gairebé un 95%. De tota manera, aquest fet podria influir en què l'exercici professional posterior la gran majoria de metges prefereixi exercir en un entorn urbà. A l'estudi de Hilario et al. amb estudiants de primer de medicina de la Universitat del País Basc, s'observava una clara preferència per treballar el més prop possible del seu entorn sociocultural; en aquest estudi un 89% dels estudiants volia desenvolupar el seu treball en un entorn urbà mentre que només un 11% estaven interessats en la medicina rural (Hilario, Cañavate, & Álvarez, 2004).

Un 40,3% dels estudiants continuaven vivint al domicili habitual (pares o parella) mentre que més de la meitat d'ells viuen fora de casa, la qual cosa suposa una despesa econòmica important a banda del cost pròpiament dels estudis universitaris. Un 94,6% dels estudiants són dependents econòmicament i un 24,5 % han manifestat tenir beca del ministeri. Aquesta taxa és igual a la de la resta de l'estat espanyol pel que fa als estudiants de ciències de la salut que és d'un 24,5%, però que és substancialment més alta que la taxa de beques si només es té en compte Catalunya, que és del 17,4%, tal i com indiquen les dades del MEC (Ministerio de Educación, 2014). En les dades publicades pel MEC també destaca el fet que, atès que conservar la beca està relacionat amb els resultats acadèmics, la mitjana de pèrdua de la beca després del 1r curs de la població universitària presencial és del 37,3% mentre que els estudiants de ciències de la salut són els que menys beques perden en percentatge (31,9%).

Quan s'ha analitzat la relació de la variable treball propi amb els dos grups de pla d'estudi, s'ha trobat de manera significativa que els del Pla 93 tenien més treball propi que els del Pla Bologna.

Un 38,2% dels estudiants va dir que no anaven de vacances familiars, mentre que 30,2% va dir que durant les vacances feien un viatge (16,5% d'ells a l'estranger), la qual cosa situaria a una bona part del grup d'estudiants en classes socials mitjanes, atès que un 31,4% també van dir que passaven les vacances familiars a la platja o a la muntanya. També apunta en aquesta direcció el fet que 41,8% d'ells han manifestat haver estudiat batxillerat en escoles concertades o privades. Fons de l'Idescat (Institut d'Estadística de Catalunya) situen la taxa d'alumnes de batxillerat que estudien en centres concertats o privats en un 24,1% durant el curs 2009-2010. Aquests resultats serien congruents amb estudis fets en altres països en què es fa especial ressò dels aspectes sociodemogràfics i que fan referència a l'escassa representació que hi tenen les minories ètniques i el fet que els estudiants de medicina provenen de classes socials acomodades o relativament altes, molts d'ells de famílies de metges (McManus et al., 2006)(Frenk et al., 2010) .

S'ha trobat diferències significatives entre els estudiants dels dos plans d'estudis pel que fa a on passen les vacances familiars essent les vacances dels del Pla Bologna bàsicament més turístiques i per tant de més poder adquisitiu. Per contra, pel que fa al centre d'escolarització durant estudis secundaris o batxillerat, s'ha trobat diferències significatives en el sentit que els del Pla Bologna, proporcionalment als del Pla 93, vénen més d'escoles públiques rurals , malgrat no s'ha trobat diferències significatives amb la variable residència familiar. També s'ha trobat relació entre estudiar en centre privat i tenir amic de la infància que també estudiï medicina.

Respecte a la presència en general de professionals metges a la família, 178 (28%) tenen algun professional metge a la família i concretament 116 d'ells (18,24%) el familiar era de primer grau (pares, avis o germans). Aquesta proporció coincideix amb altres estudis publicats a Espanya (Soria et al., 2006b) i fins i tot és més alta que estudis fets a UK on aquest percentatge era del 16,4% (McManus et al., 2006). S'ha trobat relació significativa amb haver tingut influències per estudiar medicina, en el sentint que els que tenen antecedents de familiars de primer grau metges han manifestat haver tingut més influències per estudiar medicina.

S'ha trobat també relació significativa entre la variable tenir antecedents familiars infermers i haver fet tasques de voluntariat, mentre que no hi havia relació significativa entre haver fet voluntariat i tenir antecedents familiars metges.

Si analitzem la proporció d'estudiants que tenen , en general, el pare o la mare amb formació universitària, en aquest treball un 27,2% d'estudiants han dit tenir pare universitari i un 29,5 % d'ells han dit tenir mare universitària. Aquests percentatges estarien per sota dels recollits a les publicacions del MEC on un 32,6 % dels estudiants universitaris espanyols tenen pare també amb formació universitària, mentre que un 31,4% tenen mare amb formació universitària (Ministerio de Educación, 2014).

Pel que fa a la proporció d'estudiants que entra a medicina de la UdL en primera opció, en aquest treball ha estat del 48% mentre que en la població universitària en general la taxa d'adequació (relació percentual entre la matrícula de nou ingrés en primera opció i la matrícula de nou ingrés) se situa al voltant del 72,8% (Ministerio de Educación, 2014) . Aquesta dada estaria doncs en relació amb el fet també que un 58,8% dels estudiants fossin de fora (visquessin fora del domicili familiar)

entenent que les primeres opcions, a banda de motius acadèmics, estan força vinculades amb el lloc de residència.

Respecte a la decisió d'estudiar medicina i en concret l'etapa de la vida en què es pren aquesta decisió, un 41,4% d'estudiants van dir que ho havien decidit abans dels 14 anys, dada que estaria per sota d'estudis previs on aquesta taxa se situa en el 48% (Soria et al., 2006b) o del 66% (Hilario et al., 2004). Mentre que els que van dir haver-ho decidit entre els 14 i els 17 anys era del 32,2% (33% de Hilario et al.) és inferior al 43% de l'estudi de Soria et al. Ara bé, en conjunt aquestes dades resulten significativament distintes respecte a la resta de població preuniversitària que, majoritàriament, pren la decisió de què voldrà estudiar entre els 17-18 anys, és a dir, just abans de fer la preinscripció. S'ha trobat relació significativa entre l'època que pren la decisió d'estudiar medicina i el tipus d'especialitat que diuen els agradaria exercir, en el sentit que els que volen ser cirurgians o fer especialitats subquirúrgiques prenen la decisió en etapes més primerenques. S'ha trobat relació significativa entre tenir experiència de malaltia o minusvalidesa pròpia i l'època de la vida en què pren la decisió de ser metge, així els que tenen experiència pròpia també prenen la decisió en etapes primerenques (10 als 14 anys). En aquests casos, Soria et al indica que es pot pensar que els estudiants que prenen la decisió en etapes primerenques són els que pensen que la carrera de Medicina és l'única que podien haver escollit, els que menys dubtes han tingut i els que en major percentatge han decidit fer la carrera per motius altruistes, així com els que saben majoritàriament quin tipus d'especialitat volen fer en un futur. Tot plegat suggereix un alt component vocacional (Soria et al., 2006a).

Quan es preguntava si havien rebut influències per estudiar medicina un 84,1% va respondre negativament, dada que contrasta significativament amb el 30% de l'estudi de Soria et al. Dels que van contestar que sí havien rebut influències o persuasions, en aquest estudi un 12,6% van dir haver tingut influències familiars (pares, germans, avis o tiets) i un 2,5% van dir haver estat influenciat per professors. En l'estudi de Soria et al. aquestes influències se situaven en un 16% per part de familiars i un 10% per part de professors/tutors (Soria et al., 2006b).

Els factors que influeixen en la decisió d'estudiar una carrera estan relacionats amb les futures motivacions que recolzaran la decisió presa. Segons Maslow (Maslow, 1970), entendre el què motiva la conducta humana és complicat, la força motriu que motiva a les persones deriva d'una jerarquia de necessitats i la motivació és quelcom que afecta tots els aspectes de la nostra vida inclosa l'elecció de la carrera. Blustein (Blustein, 1988) manté que en l'elecció de la carrera hi intervenen motivacions intrínseques i extrínseques. S'entén per motivacions intrínseques el fet de realitzar una activitat pel plaer i la satisfacció experimentada quan un intenta realitzar o crear alguna cosa. Mentre que la motivació extrínseca comprèn les conductes que són els mitjans per a obtenir el fi i no el fi en si mateix. Així doncs, els estudiants que diuen no haver tingut influències ni persuasions per prendre la seva decisió i per tant haver-hi arribat per si mateixos (84,1% en aquest estudi) tindrien una motivació més aviat intrínseca, motivat per la pròpia carrera.

En relació a l'especialitat que els agradaria exercir, només van respondre aquesta qüestió un 77,2% d'estudiants, que podríem dir estan definits vocacionalment. Aquest percentatge és lleugerament inferior al 81% que recull l'estudi de Rojo-

Moreno (Rojo-Moreno et al., 2001); en aquest estudi un 67,69% dels estudiants van preferir especialitats generals i el seu perfil de personalitat era més marcadament pràctic que els que manifestaven interès per especialitats concretes que presentaven un perfil de personalitat similar al del conjunt d'estudiants. En l'estudi de Soria et al el percentatge dels que sabien l'especialitat que els agradaria fer era del 55% però es tractava d'alumnes només de 2n curs (Soria et al., 2006a).

En la mostra d'estudiants de medicina de la UdL un 66,8% van pronunciar-se per especialitats generals, essent el grup més desitjat el de medicina interna/medicina d'urgències i medicina de família amb un 24,8%, seguit de cirurgia i especialitats subquirúrgiques amb un 21,8%, en tercer lloc estava pediatria amb un 20,2% , seguida de psiquiatria amb un 13,6%, obstetrícia i ginecologia amb un 8,5% i les especialitats amb escàs o nul contacte amb el malalt (anestèsia, raigs, laboratori) amb un 7,9%. Aquesta distribució estaria d'acord amb la literatura, tal i com recullen els estudis de Rojo-Moreno l'especialitat més volguda és la medicina general i medicina interna. En les relacions de la variable especialitat que li agradaria exercir, s'ha trobat relació significativa amb fer tasques de voluntariat i curiosament són els estudiants que diuen voler ser cirurgians els que proporcionalment han fet menys tasques de voluntariat. Aquesta troballa aniria a favor de la idea generalitzada que els especialistes en cirurgia són els que menys motivació altruista tenen i que les motivacions que els han dut a l'especialitat són d'altres tipus. Afegit al fet que també s'ha trobat diferències significatives en relació amb la variable gènere pel que fa a l'elecció de l'especialitat, pot portar a pensar que els diferents gèneres s'acosten als estudis de medicina des de supòsits diferents i motivacions diferents, tal i com diu Soria et al (Soria et al., 2006a) .

En aquesta investigació amb estudiants de medicina de la UdL s'ha trobat diferències significatives pel que fa a la relació entre gènere i especialitat que li agradaria exercir, essent l'especialitat més diferent entre gèneres l'Obstetrícia i ginecologia, seguida de Pediatria. Segons Hojat, les dones estan proporcionalment més representades en especialitats d'atenció primària que els homes, mentre que els homes són proporcionalment majoritaris en especialitats quirúrgiques. Les diferències entre els perfils de personalitat entre gèneres, les preferències pels estils de vida, l'empatia i les diferències d'expectatives d'ingressos econòmics entre homes i dones contribueixen a mantenir les diferències entre les preferències d'especialitats entre gèneres (Hojat et al., 2002)(Hojat & Zuckerman, 2008). Rodríguez de Castro també es pronuncia en aquests sentit pel que fa les diferències de gènere per especialitats, afegint que existeix un desig creixent d'una major proporció de metges (homes i dones) de disposar d'una feina més flexible i el disseny de carreres menys lineals, amb períodes sabàtics o interrupcions ocasionals. Això suposa una transformació en relació a la dedicació a l'exercici de la professió de generacions prèvies (Rodríguez de Castro, 2012).

Per contra, haver trobat relació significativa entre l'època en què decideixen estudiar medicina i el tipus d'especialitat que els agradaria exercir en el sentit que els que volen ser cirurgians o d'especialitats subquirúrgiques són els que prenen la decisió més aviat, porta a pensar que tenen un fort component vocacional.

Quan els estudiants se'ls ha preguntat si les pràctiques realitzades els havien fet canviar l'elecció de l'especialitat, dels 491 que s'havien definit per una especialitat només han contestat un 63,7% i d'aquests un 27,1% van dir que les pràctiques

realitzades els havien fet canviar l'interès per una altra especialitat . Només un 6% dels que havien dit que voldrien canviar d'especialitat van manifestar que la seva decisió estava en relació als tutors que havia tingut, mentre que la majoria (52,6%) canviarien en conèixer el funcionament intern de l'especialitat. Aquesta dada porta a pensar que quan l'estudiant pren la decisió de l'especialitat que li agradaria fer, potser ho fa amb una idea idealitzada de l'especialitat, i que, un cop té tota la informació, la seva decisió canvia.

Si analitzem el rotatori dels estudiants, un 26,7% de la mostra va dir que estava fent pràctiques clíniques en aquell moment, la majoria d'ells (un 48,8%) estava fent pràctiques de medicina interna, mentre que un 18% estava fent pràctiques de medicina de família o urgències, un 10,5% estava a cirurgia i un 5,3% estava a pediatria. Per tant un 82,6% estaven en especialitats generals, mentre que un 17,4% estaven fent especialitats concretes. Cal remarcar que només un 27,11% (percentatge similar als que van dir que estaven fent pràctiques) van respondre la qüestió de quantes rotacions li faltaven i un 56,28% d'aquests els faltaven més de 5 rotacions.

En el *background* dels estudiants de medicina té força rellevància el fet d'haver fet o no tasques de voluntariat, com a signe d'altruisme i servei als altres. De la mostra, un 47,6% van dir que havien fet voluntariat i el 23,1% havien fet concretament voluntariat amb malalts. És important destacar aquest aspecte en relació a la població general. De les dades del Servei Català de Voluntariat (Renau, Enric; Coscolla, 2001) se'n desprèn que un 13,1 % de la població general de Catalunya fa tasques de voluntariat i un 36% d'aquesta població està entre 16 i 30 anys, per tant

podem dir que només un 4,7% de la població catalana entre 16 i 30 anys fa tasques de voluntariat. La qual cosa porta a veure que els estudiants de medicina de la UdL tenen un 1000 % més de taxa de voluntariat que la població general de la seva mateixa franja d'edat.

Quan la qüestió era el nivell de satisfacció del voluntariat amb malalts, van contestar aquesta pregunta tots els que havien fet voluntariat, independentment de que fos amb malalts o no. Un 70% dels estudiants es declaraven molt satisfets amb el voluntariat fet. Crida l'atenció el fet que a la pregunta de sí els agradaria fer voluntariat als que encara no n'han fet, hi hagi un 4,4% d'estudiants que contestin que no els agradaria, la qual cosa podria qüestionar la vocació de servei que defineix per se la professió de metge.

Una de les eines importants que té un professional de la Medicina per desenvolupar amb èxit la seva feina és l'empatia, entesa aquesta com a la comprensió i valoració d'experiències i motivacions dels altres. Es pot entendre que haver passat per la situació de pacient podria ajudar a entendre els rols de cadascú i catalitzar la relació metgepacient. En aquest sentit en valorar les manifestacions sobre el seu estat de salut que fan els estudiants, s'ha trobat que un 97,5% manifesten gaudir de bona salut i a la vegada un 3,9% va dir tenir experiència de malaltia greu o minusvalidesa pròpia. Davant aquestes dades, es pot entendre que en alguns d'aquests estudiants, haver patit la malaltia greu o minusvalidesa pròpia no els fa pensar que no gaudeixen de bona salut. Cal destacar el fet que el 51,6% d'estudiants hagi manifestat tenir experiència de malaltia greu o minusvalidesa en familiars i un 17,9% en amics. S'ha trobat relació significativa entre tenir experiència de malaltia

o minusvalidesa greu pròpia o en familiars propers i haver fet tasques de voluntariat.

A banda de l'experiència de malaltia o minusvalidesa pròpia també se'ls preguntava pels ingressos hospitalaris i un 33,5% havien estat ingressats per intervenció quirúrgica i un 20,1% havien estat ingressats per malaltia. Destaca doncs la diferència d'aquest 20,1% d'ingressos per malaltia amb el fet que només 3,9% havia dit tenir experiència de malaltia o minusvalidesa greu pròpia. Només s'ha trobat relació significativa entre haver fet voluntariat amb els ingressos hospitalaris si havien estat per malaltia, no en el cas que l'ingrés hagués estat motivat per una intervenció quirúrgica.

Cal remarcar que a la qüestió de visitar familiars o amics malalts, un 85,8% va respondre afirmativament, però un 12,6% va contestar negativament, la qual cosa porta a dubtar de les qualitats personals per ser un bon metge d'aquest 12,6% d'estudiants.

En relació als perfils de personalitat globals que s'han obtingut amb tota la mostra d'estudiants, les puntuacions mitjanes de les diferents escales se situen en: escala N (Neuroticisme) 89,76 de mitjana i 22,48 de DT; escala E (Extraversió) 114,65 de mitjana i 21,03 de DT; escala O (Obertura a l'experiència) 117,04 de mitjana i 19,46 de DT; escala A (Amabilitat) 121,88 de mitjana i 20,55 de DT i escala C (Responsabilitat) 122,83 de mitjana i 21,58 de DT.

Aquests valors, si es comparen amb una mostra d'estudiants universitaris de diverses carreres i una altra mostra d'estudiants Psicologia tots ells de les Illes Canàries (de Miguel Negredo, 2005) , es troba que els estudiants de medicina de la

UdL tenen unes puntuacions de mitjana més baixes pel que fa a Neuroticisme (96,83 universitaris canaris, 96,73 estudiants de psicologia canaris; 89,70 estudiants de medicina de la Ud) i puntuacions similars en Obertura a l'experiència (114,78 universitaris canaris, 122,60 estudiants de psicologia canaris; 117,17 estudiants de medicina de la UdL). Per contra, mostren puntuacions més altes en les escales d'Extraversió (108,44 universitaris canaris, 112,08 estudiants de psicologia canaris; 114,66 estudiants de medicina de la UdL), Amabilitat (115,41 universitaris canaris, 117,13 estudiants de psicologia canaris; 121,82 estudiants de medicina de la UdL) i Responsabilitat (107,08 universitaris canaris, 110,13 estudiants de psicologia canaris; 122,91 estudiants de medicina de la UdL) (taula 16).

	Estudiants universitaris canaris	Estudiants de Psicologia canaris	Estudiants de Medicina de la UdL
N. Neuroticisme	96,83	96,73	89,76
E. Extraversió	108,44	112,08	114,65
O: Obertura a l'experiència	114,78	122,60	117,04
A: Amabilitat	115,41	117,13	121,88
C: Responsabilitat	107,08	110,13	122,83

Taula 16. Puntuacions comparatives de l'estudi de De Miguel Negredo amb estudiants universitaris de les Illes Canàries i la mostra d'estudiants de medicina de la UdL .

El fet que els estudiants de medicina de la UdL puntuïn més alt en les escales d'Extraversió i Amabilitat estaria d'acord amb els estudis de Lievens et al.(F

Lievens et al., 2002)(R. D. Duffy, Borges, & Hartung, 2008). Les puntuacions d'Obertura a l'experiència han estat similars a les d'altres estudiants universitaris canaris. La literatura situa les puntuacions altes en l'escala de l'Obertura a l'experiència com a un dels factors que contribueixen a l'empatia, juntament amb l'Amabilitat. Puntuacions altes en aquesta escala anirien a favor de futurs professionals més empàtics (Magalhães et al., 2012). En el nostre treball, els estudiants que prenen la decisió entre els 14 i 17 anys són els que puntuen més alt en Obertura a l'experiència i Amabilitat. No s'ha trobat dades bibliogràfiques amb les que contrastar aquest aspecte.

Quan s'analitza la relació entre les dimensions de personalitat i la variable gènere, s'ha trobat diferències significatives en 4 de les dimensions: Neuroticisme, Extraversió, Amabilitat i Responsabilitat puntuant en totes elles més alt el gènere femení. Aquest fet confirmaria la segona hipòtesi de treball que diu *en la població estudiada els perfils de personalitat de les dones són diferents als dels homes*.

Aquests resultats concordarien parcialment amb els estudis de Terracciano i McCrae en què les dones puntuen més alt en Neuroticisme, Amabilitat i Responsabilitat i els homes puntuen més alt en algunes facetes d'Extraversió com ara assertivitat, cerca de sensacions i obertura a idees (Terracciano & McCrae, 2009). Al present estudi també en la faceta E5 (Recerca d'excitació) el gènere masculí puntua més alt que el femení, però no es troben diferències significatives en la resta de facetes d'Extraversió.

Mustaffa et al. troben diferències significatives entre gèneres en l'Obertura a l'experiència, l'Amabilitat i la Responsabilitat. En el nostre treball, quan s'han estudiat les facetes de la dimensió Obertura a l'experiència s'han trobat diferències

significatives en tres d'elles: O2 (Estètica) , O3 (Sentiments) i O6 (Valors) puntuant més alt el gènere femení.

En estudiar les dimensions de la personalitat segons el gènere, en els dos subgrups de diferent pla d'estudis, s'ha trobat que en els estudiants del Pla 93 les diferències significatives estan en les mateixes 4 dimensions que estaven en estudiar tot el grup, si bé les diferències en les facetes de la dimensió Obertura a l'experiència només han estat dos d'elles: O3 (Sentiments) i O6 (Valors) . Per contra, l'estudi de les diferències per gènere en els perfils de personalitat dels estudiants del Pla Bologna han estat en les dimensions de Neuroticisme, Obertura a l'experiència, Amabilitat i Responsabilitat. En la dimensió d'Obertura a l'experiència s'han trobat diferències significatives en les tres mateixes facetes que en el grup general (Estètica, Sentiments i Valors), en la dimensió d'Extraversió s'ha trobat diferències significatives en E1 (Cordialitat) i E6 (Emocions positives).

En analitzar les dimensions de personalitat amb les diferents variables sociodemogràfiques de la mostra d'estudiants, s'ha trobat que els que tenen antecedents infermers a la família puntuen més alt en Neuroticisme i més alt en Amabilitat, i en canvi no s'ha trobat relació de cap escala de personalitat amb el fet de tenir antecedents familiars metges a la família. Aquest fet podria estar en relació a qüestions de rols familiars viscuts i la plasticitat de la personalitat. Roberts et al. indiquen que la personalitat té plasticitat més enllà dels 30 anys i fins ben entrada la vellesa en el cas concret de trets com la vitalitat social, Amabilitat, Responsabilitat i Obertura a l'experiència. També conclouen que el desenvolupament de la personalitat no és només un fenomen de la infància, sinó també de l'edat adulta. Al seu parer, l'edat adulta jove (fins als 30 anys) és el

període de transició en què les persones passen de la seva família d'origen a la seva família de destinació, des de l'educació obligatòria a una carrera i a ser membres actius de la comunitat. Les experiències de la vida i les lliçons apreses són la raó més probable d'aquest desenvolupament (Roberts et al., 2006).

De l'estudi de les dimensions de personalitat en relació a les especialitats que els agradaria exercir, s'ha trobat diferències significatives en l'escala d'Obertura a l'experiència entre les especialitats de Psiquiatria i Pediatria (puntuen més alts els psiquiatres); de l'escala Amabilitat entre les especialitats de Pediatria i especialitats amb poc o nul contacte amb el pacient (Anestèsia/Radiologia/Laboratori) i entre Pediatria i Cirurgia essent els pediatres els que puntuen més alt. Aquestes dues dimensions de la personalitat són raonablement predictives per diferenciar entre puntuacions superiors i inferiors d'empatia en els estudiants de medicina (Magalhães et al., 2012). Els estudis d'Hojat indiquen que puntuacions altes en empatia les trobaríem en especialitats com ara Psiquiatria, Medicina Interna, Pediatria, Medicina d'Urgències i Medicina de Família que són especialitats que requereixen més contacte directe i perllongat amb el pacient (Hojat et al., 2002).

De l'estudi de les facetes s'ha constatat que els estudiants que volen fer Ginecologia i Obstetrícia són els que puntuen més alt en N1-Neuroticisme, existint diferències significatives amb Medicina Interna, Psiquiatria, Cirurgia i especialitats subquirúrgiques. Els estudis de Zeldow i els d'Hojat indicaven que els estudiants que es decanten per l'especialitat de Ginecologia i Obstetrícia puntuaven més alt en escales de Neuroticisme-ansietat (Zeldow & Daugherty, 1991) (Hojat & Zuckerman, 2008).

De la resta de facetes només s'ha trobat diferències significatives de les facetes E2-Sociabilitat i O3-Sentiments, en les quals Ginecologia i Obstetrícia puntua més alt que Cirurgia i Especialitats subquirúrgiques. També que de la faceta O4-Accions Psiquiatria és la que puntua més alt, existint diferències significatives amb Pediatria i les especialitats per poc o nul contacte amb el pacient i amb les quirúrgiques. Pel que fa a la faceta O-5 Idees, l'especialitat que puntua més alt és Medicina Interna amb diferències significatives amb Ginecologia i Obstetrícia; Psiquiatria puntua més alt que Ginecologia i Obstetrícia, més alt que Pediatria i més alt que Cirurgia i Esp. subquirúrgiques. De la faceta O6- Valors l'especialitat que puntua més alt és Psiquiatria amb diferència significativa amb Pediatria.

Aquests resultats són congruents amb les tesis de Borges i Savickas que cap especialitat pot ser caracteritzada per un únic patró de personalitat. En termes de característiques de personalitat, la majoria d'especialitats mèdiques requereixen unes característiques semblants, amb àmplia tolerància sobre els tipus de personalitat. O sia, quan un tret o factor de personalitat distingeix una especialitat d'una altra, sempre hi ha alguna especialitat relacionada en la qual aquest tret també és important. Una conclusió és que els estereotips sobre les personalitats de determinades especialitats no s'han pogut demostrar empíricament en les recerques dutes a terme fins al moment. I que un patró de personalitat determinat pot encaixar en diverses especialitats i és llavors quan en l'elecció d'una d'elles hi intervé l'autoconcepte, els interessos, les necessitats, els valors i altres factors com ara la situació de cadascú, aspectes econòmics, l'entorn i fins i tot l'estil de vida (N. J. Borges & Savickas, 2002b).

Per tant, especialitats que requereixen una relació metge pacient més llarga i intensa s'ha trobat que mostren perfils de personalitat amb puntuacions més altes d'Amabilitat. Que els que volen fer Ginecologia i Obstetrícia són els que puntuen més alt en N1-Neuroticisme, E2-Sociabilitat i O3-Sentiments . Els que volen fer Psiquiatria són els que puntuen més alt en Obertura a l'experiència , concretament en les facetes O4-Accions i en O6-Valors,. Els que diuen voler fer Medicina Interna són els que puntuen més alt en O5-Idees. Això vindria a confirmar la tercera hipòtesi de treball que diu que *determinats perfils de personalitat s'associen a voler fer determinades especialitats*

En analitzar les relacions de les dimensions de personalitat amb la variable haver fet tasques de voluntariat, s'ha trobat relació amb totes elles, encara que la relació amb l'escala de Neuroticisme és en sentit negatiu. Pel que fa a les relacions amb les altres escales , l'Extraversió i l'Obertura a l'experiència són les que tenen una significació més gran, seguides de l'Amabilitat i Responsabilitat.

En separar la mostra en dos grups, segons hagin seguit el Pla 93 o el Pla Bologna s'ha trobat que els alumnes del Pla 93 han mostrat unes puntuacions mitjanes més baixes que les mitjanes de la mostra global. Aquestes puntuacions , ordenades de manera decreixent, han estat en l'escala C (Responsabilitat) amb 120,56, seguit de l'escala A (Amabilitat) amb 120,17, en tercer lloc l'escala O (Obertura a l'experiència) amb 116,53, seguit de l'escala E (Extraversió) amb 112,74 i la més baixa ha estat l'escala N (Neuroticisme) amb 89,49.

Mentre que al grup d'estudiants del Pla Bologna les puntuacions han estat més elevades, essent en l'escala C (Responsabilitat) 128,92, seguit de l'escala A (Amabilitat) amb 126,01, en tercer lloc l'escala E (Extraversió) amb 119,57, seguit

de l'escala O (Obertura a l'experiència) amb 118,77 i la més baixa ha estat l'escala N (Neuroticisme) amb 90,24 (taula 17)

Estadístics Comparatius						
	Mostra global		Mostra Pla 93		Mostra Pla Bologna	
	Mitja	DT	Mitja	DT	Mitja	DT
N-neuroticisme	89,7626	22,4812	89,5670	21,7617	90,2363	24,1861
E- extraversió	114,6509	21,0339	112,7033	21,4640	119,5714	19,0574
O- obertura a l'experiència	117,0377	19,4589	116,2879	20,0455	118,7747	17,8758
A-amabilitat	121,8836	20,5461	120,2418	20,8989	126,0110	19,0700
C-responsabilitat	122,8270	21,5802	120,3604	21,4038	128,9176	20,8130

T

Taula 17. Estadístics comparatius dels tres grups de mostra (global, Pla 93 i Pla Bologna)

Les diferències que mostren en les diferents escales els dos grups d'estudiants han resultat ser significatives per Extraversió, Amabilitat i Responsabilitat. Quan l'anàlisi s'ha fet per facetes, també ha resultat que hi ha diferències significatives en facetes O4 (Accions) i N6 (Vulnerabilitat) on els estudiants de Bologna puntuen més baix. Per contra les diferències han estat significatives però amb puntuacions més altes pels estudiants del Pla Bologna en les següents facetes:

N1 –Ansietat	t=4,324; p<0,0001
E1 –Cordialitat	t=3,499; p<0,0001
E2 –Sociabilitat	t=1,976; p=0,049
E4 –Activitat	t=1,982; p=0,048
E6 –Emocions positives	t=4,832; p<0,0001
O3 –Sentiments	t=3,734; p<0,0001
O5 –Idees	t=2,651; p=0,008
A3 –Altruisme	t=4,972; p<0,0001
A4 –Conformitat	t=2,163; p=0,031
A6 –Comprensió	t=3,413; p=0,001
C1 –Competència	t=5,553; p<0,0001
C3 –Complir el deure	t=3,471; p=0,001
C4 –Aspiracions	t=6,483; p<0,0001
C5 –Autodisciplina	t=3,089; p<0,0001
C6 –Deliberació	t=2,126; p=0,034

Taula 18. Facetes del NEO-PI-R en les que significativament els estudiants del Pla Bologna puntuen més alt que els del Pla 93

Tenint en compte la dimensió Extraversió, es pot dir que el grup dels estudiants del Pla Bologna són persones més assertives i dinàmiques, molt més sociables, amb necessitats de tenir amics i socialitzar-se.

Si ens fixem en la dimensió Amabilitat, els estudiants del Pla Bologna puntuen més alt de forma significativa en la capacitat de ser altruista, compassiu, més franc i sensible als altres.

Pel que fa a la dimensió Responsabilitat, els estudiants del Pla Bolonga tenen una major tendència a complir el deure, l'organització, l'ordre o búsqueda d'objectius, l'autodisciplina i l'eficiència. Són persones més voluntarioses, escrupoloses, que controlen millor els seus impulsos.

Així doncs, aquests resultats confirmarien la primera hipòtesi d'aquest treball que diu que *els perfils de personalitat dels estudiants del pla Bologna del curs 2013-2014 són diferents als del principi del mil·lenni.*

Aquestes troballes estarien d'acord amb la descripció dels estudiants del mil·lenni que fa Borges et al (Nicole J Borges et al., 2006).

Cal remarcar que el fet de trobar que puntuen més alt a N1 (Ansietat) estaria parcialment d'acord amb els estudis de Twenge que conclou que els canvis generacionals que han tingut major impacte en l'educació mèdica han estat: majors expectatives, nivells més alt de narcisisme i de drets, augment de l'ansietat i problemes mentals i una disminució del desig de llegir textos llargs (Jean M. Twenge, 2009).

En estudiar les diferències en els perfils de personalitat entre els estudiants de 1er i els de 6è de tota la mostra, no s'han trobat diferències significatives en cap de les cinc dimensions de personalitat. La qual cosa constataria el fet de l'estabilitat de la personalitat. Únicament s'han trobat diferències significatives en les facetes O1 (Fantasia) i O6 (Valors) puntuant més alt els alumnes de 6è.

Quan l'estudi de dimensions i facetes s'ha fet per separat en els estudiants del Pla 93 i els alumnes del Pla Bologna, s'ha vist que pels alumnes del Pla del 93, en estudiar les diferències entre els alumnes de 1r i els de 6è, s'han trobat diferències

significatives en quatre de les cinc dimensions: Extraversió, Obertura a l'experiència, Amabilitat i Responsabilitat. En totes elles les puntuacions són més altes en els alumnes de 6è. Però també s'han trobat diferències significatives de les mateixes dimensions entre els alumnes de 1r i 4t, essent també més altes les puntuacions pels de 4t. Però si la relació es busca entre els de 4t i 6è les quatre dimensions han baixat de puntuacions. Aquest fet que coincidiria amb l'etapa de formació clínica dels estudiants, podria relacionar-se amb l'anomenat currículum ocult. Mahood subscriu que en el període de formació clínica els estudiants són testimonis de faltes de respecte entre company metges, situacions de detriment de l'atenció al pacient per creences personals, dinàmiques de poder i jerarquies dins de les institucions, errors de praxi mèdica entre altres. Moltes vegades són situacions inconscients per part dels protagonistes, però l'experiència és viscuda en el procés de formació de la carrera en medicina (Mahood, 2011) la qual cosa pot contribuir a la disminució de l'idealisme dels estudiants de medicina. La formació mèdica implica no només la formació professional sinó també la deformació professional (Rabow Dr. et al., 2013). És vital que tots aquells que serveixin com a models a seguir siguin conscients dels principis fonamentals i el repte en l'assoliment i el manteniment de l'excel·lència professional (Byszewski et al., 2012).

Quan s'han analitzat les diferències entre els alumnes de 1r i els de 4t del Pla Bologna, només s'ha trobat diferències significatives en l'escala de Neuroticisme. En analitzar les facetes de cadascuna de les dimensions, trobem que hi ha diferències significatives en N3 (Depressió), N4 (Autoconeixement) i N5 (Impulsivitat) en el sentit que els de 4t puntuen més baix.

També s'ha trobat diferències significatives en les facetes O 6 (Valors) i C2 (Ordre) en el sentit que els de 4art puntuen més alt.

En estudiar dins del grup d'estudiants de Bologna, la relació amb la variable entrar en primera opció a la UdL estava encaminada a analitzar els estudiants amb puntuacions més altes, atès que el criteri de selecció actual només és la puntuació de l'expedient acadèmic. D'aquesta anàlisi només s'han trobat diferències significatives en la dimensió de Responsabilitat (C), en el sentit que els que entren en primera opció puntuen més alt. Aquest fet és congruent amb estudis previs fets amb NEO-PI-R, que indicaven que la Responsabilitat és un predictor vàlid en relació a l'èxit acadèmic dels estudiants anglesos (Ferguson et al., 2002) i dels estudiants flamencs (F. Lievens et al., 2002). Hi ha estudis que indiquen que els estudiants que puntuen alt en Responsabilitat tindrien menys depressió, i millor salut mental (Nasir et al., 2011)(M. B. et al., 2012). La literatura també recull que en psicologia la Responsabilitat també és un important predictor del rendiment laboral en general.

Per contra també hi ha nombrosos estudis que indiquen que els alumnes de més alt rendiment presenten puntuacions de mitjana més altes en les escales d'Extraversió, Empatia i Obertura a l'experiència, amb excepció de l'escala de Neuroticisme (Heinze et al., 2008)(Bratko et al., 2006), la qual cosa no s'ha constatat al nostre estudi i fins i tot quan s'han analitzat les facetes d'aquests grups d'estudiants s'ha trobat que puntuaven més alt en C1 (Competència), C3 (Complir el deure) i C4 (Aspiracions) però més baix en O2 (Estètica) i A2 (Franquesa). Aquestes facetes,

si bé són importants a l'hora de tenir èxit acadèmic potser no són les més importants a l'hora de l'exercici professional d'un bon metge.

Així doncs, el canvi generacional que s'ha produït durant l'estudi amb la incorporació dels estudiants del mil·lenni als estudis universitaris de medicina, juntament amb l'augment progressiu de les notes d'accés durant tot l'estudi, ha seleccionat uns perfils de personalitat determinats: puntuacions altes amb diferències significatives en Extraversió, Amabilitat i Responsabilitat i dins d'aquesta última escala diferències significatives entre els que entre en primera opció a la UdL (les notes més altes) i els que no. La qual cosa només permet acceptar parcialment la quarta hipòtesi de treball que diu *les notes d'accés més altes poden seleccionar alguns perfils de personalitat*.

Per tant, seguint Lievens, l'admissió en educació professional no pot basar-se en un sol tipus de predictor i s'hauria de tenir en compte que el veritable valor dels trets de personalitat és que el seu valor predictiu és de llarg termini, perllongant-se a la vida laboral (Filip Lievens et al., 2009).

L'estudi fet per Möttus et al. (Möttus et al., 2008) indica que altes puntuacions en Extraversió, Obertura i Responsabilitat s'associen amb alta intel·ligència. Però ja el mateix estudi conclou que són estereotips que s'haurien d'estudiar en altres cultures, atès que hi ha altres treballs que contradiuen alguns extrems, i es dona el fet que el factor de Responsabilitat o algunes de les seves facetes, en algun estudi correlacionen negativament amb el nivell d'intel·ligència (Allik & Realo, 1997)(Moutafi, Furnham, & Crump, 2006)(Moutafi, Furnham, & Paltiel, 2004)(Bratko, Chamorro-Premuzic, & Saks, 2006).

2.7. LIMITACIONS

Per una banda, es tracta d'un treball amb estudiants d'una única facultat de medicina i la mostra és dels estudiants que aquell dia havien anat a classe. Seria desitjable ampliar-ho a estudiants d'altres facultats de medicina.

Per altra banda, es tracta d'un estudi transversal que inicialment ja havia estat dissenyat així, però que un cop vista la durada en el temps hagués estat millor haver-lo plantejat de manera longitudinal per tal d'avaluar l'impacte dels plans de formació. En l'estudi actual és difícil diferenciar quina part hi té a veure el canvi generacional (generació del mil·lenni) i quina part correspon al pla d'estudis.

Dels estudiants analitzats, 181 pertanyen al Pla d'estudis Bologna i 455 són del Pla 93. S'ha de tenir en compte que els estudiants del pla Bologna que han participat són de 1r, 3r i 4t curs, la qual cosa suposa una limitació per a l'estudi comparatiu al final del grau, atès que no hi ha estudiants de 6è curs.

2.8. PROPOSTES DE FUTUR

Seria bo allargar l'estudi de tal manera que es pogués recollir una mostra més gran d'estudiants del Pla Bologna i concretament d'estudiants de 6è d'aquest nou pla, per tal de poder avaluar si hi ha diferències amb el Pla 93.

Replantejar el sistema de selecció dels estudiants de les facultats de medicina, tal i com ja es fa en altres països, en què a banda de l'expedient acadèmic es té en compte altres aspectes no cognitius. Els perfils de personalitat serien una eina a tenir en compte.

2.9. CONCLUSIONS

En la mostra d'estudiants de medicina de la UdL s'ha trobat que les dones són majoritàries, tenen menys antecedents familiars metges, han tingut menys influències per estudiar medicina i són més joves que els homes.

Un 58,5% de la mostra d'estudiants de medicina de la UdL viuen fora del domicili familiar. Pels factors sociodemogràfics analitzats es pot dir que la mostra és de fills de famílies acomodades i que una gran majoria d'ells pren la decisió d'estudiar medicina molt abans que la resta d'estudiants d'altres carreres universitàries, la qual cosa orienta a una forta motivació intrínseca, atès que un 84,1 % d'ells han dit no haver rebut influències per a estudiar medicina.

Els estudiants de medicina de la UdL han fet 10 vegades més tasques de voluntariat que la resta de joves de la seva edat a Catalunya. Haver fet tasques de voluntariat s'ha trobat que té relació significativa amb haver tingut experiència de malaltia o minusvalidesa greu pròpia o en familiars i amb haver tingut ingressos hospitalaris per malaltia. Malgrat això, un 4,4% d'estudiants ha manifestat que no li agradaria fer tasques de voluntariat i un 12,6% ha manifestat no anar a veure els familiars o amics malalts.

En la població estudiada, s'ha confirmat que els perfils de personalitat de les dones són diferents als dels homes, així com els seus interessos i motivacions. Les dones estudiants de medicina de la UdL significativament s'interessen més per Ginecologia i Obstetrícia que els homes.

S'ha constatat que determinats perfils de personalitat s'associen a determinades especialitats, però també que un determinat perfil pot optar per diverses especialitats i que en una mateixa especialitat hi caben diversos perfils de personalitat. Un de quatre estudiants canviaria d'especialitat un cop fetes les pràctiques. Així doncs en l'elecció de l'especialitat hi intervindrien altres factors com ara els interessos, les necessitats, els valors, la situació de cadascú, aspectes econòmics, l'entorn i fins i tot l'estil de vida.

Els perfils de personalitat van evolucionant al llarg de la carrera, de manera que l'Extraversió, l'Obertura a l'experiència, l'Amabilitat i la Responsabilitat augmenten durant el període de formació preclínic, però declinen en el període de formació clínica, possiblement per efecte del currículum ocult.

En la mostra d'estudiants de medicina de la UdL estudiada s'ha trobat que el perfil de personalitat dels estudiants del Pla 93 mostra diferències significatives amb els del Pla Bologna. Aquests diferències anirien en el sentit que els estudiants del Pla Bologna són persones més assertives i dinàmiques, molt més sociables, amb necessitats de tenir amics i socialitzar-se, amb més capacitat de ser altruistes, compassius, més francs i sensibles als altres, amb major tendència a complir el deure, l'organització, l'ordre o búsqueda d'objectius, l'autodisciplina i l'eficiència. Són persones més voluntarioses, escrupoloses, que controlen millor els seus impulsos.

Aquest canvis són congruents amb els perfils de personalitat descrits en la literatura com els estudiants del Mil·lenni, però també poden tenir a veure amb el contingut del pla d'estudis. Si més no, el perfil descrit per aquests estudiants d'entrada

semblaria encaixar amb les característiques de personalitat que hauria de tenir un bon professional de la medicina.

Les notes d'accés més altes dins del grup d'estudiants del Pla Bologna orienta que seleccionen individus que puntuen més alt en la dimensió de Responsabilitat. Una puntuació alta en aquesta escala, si no va acompanyada de puntuacions altes en Amabilitat i Obertura a l'experiència que són els factors que estan relacionats amb l'empatia, no garanteix l'èxit professional del futur metge.

Per tant, el procés de selecció dels estudiants de medicina hauria de contemplar, a banda dels aspectes cognitius (expedient acadèmic) aspectes de personalitat que estiguin enfocats no sols a aconseguir l'èxit durant el procés de formació sino també l'èxit professional posterior.

3. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

3. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Aluja, A., Blanch, A., Solé, D., & Gallart, J. M. D. S. (2008). Validez Convergente Y Estructural Del Neo-Pi-R. Baremos Orientativos. *Boletín de Psicología*, (92), 7–25.
- Aluja, A., García, Ó., & García, L. F. (2002). A comparative study of Zuckerman's three structural models for personality through the NEO-PI-R, ZKPQ-III-R, EPQ-RS and Goldberg's 50-bipolar adjectives. *Personality and Individual Differences*, 33(5), 713–725. [http://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00186-6](http://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00186-6)
- Aluja, A., García, Ó., & García, L. F. (2004). Replicability of the three, four and five Zuckerman's personality super-factors: Exploratory and confirmatory factor analysis of the EPQ-RS, ZKPQ and NEO-PI-R. *Personality and Individual Differences*, 36(5), 1093–1108. [http://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00203-4](http://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00203-4)
- Aluja, A., Rossier, J., García, L. F., Angleitner, A., Kuhlman, M., & Zuckerman, M. (2006). A cross-cultural shortened form of the ZKPQ (ZKPQ-50-cc) adapted to English, French, German, and Spanish languages. *Personality and Individual Differences*, 41(4), 619–628. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2006.03.001>
- ARNETT, J. J. (2000). High Hopes in a Grim World: Emerging Adults' Views of their Futures and "Generation X." *Youth & Society*. <http://doi.org/10.1177/0044118X00031003001>
- Association, A. P. (2013). *DSM 5. American Journal of Psychiatry*. <http://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Blustein, D. L. (1988). The relationship between motivational processes and career exploration. *Journal of Vocational Behavior*.
- Bob, M. H., Popescu, C. A., Pîrlog, R., & Buzoianu, A. D. (1992). Personality factors associated with academic stress in first year medical students, 6(1), 40–44.
- Borges, N. J., Manuel, R. S., Elam, C. L., & Jones, B. J. (2006). Comparing millennial and generation X medical students at one medical school. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 81(6), 571–576. <http://doi.org/10.1097/01.ACM.0000225222.38078.47>
- Borges, N. J., & Savickas, M. L. (2002a). Personality and Medical Specialty Choice: A Literature Review and Integration. *Journal of Career Assessment*.
- Borges, N. J., & Savickas, M. L. (2002b). Personality and Medical Specialty Choice: A Literature Review and Integration. *Journal of Career Assessment*, 10(3), 362–380. <http://doi.org/10.1177/10672702010003006>
- Borgstrom, E., Cohn, S., & Barclay, S. (2010). Medical professionalism: Conflicting values for tomorrow's doctors. *Journal of General Internal Medicine*, 25(12), 1330–1336.
- Bratko, D., Chamorro-Premuzic, T., & Saks, Z. (2006). Personality and school performance: Incremental validity of self- and peer-ratings over intelligence. *Personality and Individual Differences*, 41(1), 131–142. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.015>
- Byszewski, A., Hendelman, W., McGuinty, C., & Moineau, G. (2012). Wanted: role models--medical students' perceptions of professionalism. *BMC Medical Education*,

- 12, 115. <http://doi.org/10.1186/1472-6920-12-115>
- Chaytor, A. T., Spence, J., Armstrong, A., & McLachlan, J. C. (2012). Do students learn to be more conscientious at medical school? *BMC Medical Education*, 12(1), 54. <http://doi.org/10.1186/1472-6920-12-54>
- Cleland, J., Dowell, J., & Nicholson, S. (2012). Identifying best practice in the selection of medical students (literature review and interview survey). *General Medical Council*, (November 2012). Retrieved from http://www.gmc-uk.org/Identifying_best_practice_in_the_selection_of_medical_students.pdf_51119804.pdf
- Costa, P., Alves, R., Neto, I., Marvão, P., Portela, M., & Costa, M. J. (2014). Associations between medical student empathy and personality: a multi-institutional study. *PloS One*, 9(3), e89254. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0089254>
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1988). Personality in adulthood: a six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(5), 853–863. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.54.5.853>
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1997). Stability and change in personality assessment: the revised NEO Personality Inventory in the year 2000. *Journal of Personality Assessment*, 68(1), 86–94. http://doi.org/10.1207/s15327752jpa6801_7
- Costa, P. T., Terracciano, a, & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(2), 322–331. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.81.2.322>
- Dahlin, M., Joneborg, N., & Runeson, B. (2005). Stress and depression among medical students: A cross-sectional study. *Medical Education*, 39(6), 594–604. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02176.x>
- de Miguel Negredo, A. (2005). Diferencias de edad y g??nero en el NEO-PI-R en dos muestras con distinto nivel acad??mico. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(1), 13–31.
- Doherty, E. M., & Nugent, E. (2011). Personality factors and medical training: A review of the literature. *Medical Education*, 45(2), 132–140. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-78650839510&partnerID=40&md5=6f73161d483f32268f93f918a2a9f755>
- Dolcet i Serra, J. (2006a). Carácter y Temperamento : similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores. *Tesi Doctoral, UdL*, 224.
- Dolcet i Serra, J. (2006b). *Carácter y Temperamento : similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores*. UdL.
- Duffy, R. D., Borges, N. J., & Hartung, P. J. (2008). Personality, Vocational Interests, and Work Values of Medical Students. *Journal of Career Assessment*. <http://doi.org/10.1177/1069072708329035>
- Duffy, R. D., Borges, N. J., & Hartung, P. J. (2009). Work Values of Medical Students. *Journal of Career Assessment*, 189–200. <http://doi.org/10.1177/1069072708329035>
- Dyrbye, L. N., Massie, F. S., Eacker, A., Harper, W., Power, D., Durning, S. J., ... Shanafelt, T. D. (2010). Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. *JAMA : The Journal of the American Medical*

- Association*, 304(11), 1173–1180.
- Esquerda, M., Yuguero, O., & Vi, J. (2015). Atención Primaria La empatía médica , ¿ nace o se hace ? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina, (xx).
- Ferguson, E., James, D., & Madeley, L. (2002). Factors associated with success in medical school: systematic review of the literature. *BMJ*, 324, 952–957.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. a., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Ttransforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923–1958. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Gough, H. G. (1978). Some predictive implications of premedical scientific competence and preferences. *Journal of Medical Education*, 53(4), 291–300. <http://doi.org/10.1097/00001888-197804000-00001>
- Greenberger, E., Lessard, J., Chen, C., & Farruggia, S. P. (2008). Self-entitled college students: Contributions of personality, parenting, and motivational factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(10), 1193–1204. <http://doi.org/10.1007/s10964-008-9284-9>
- Gual, A., Oriol-Bosch, A., & Pardell, H. (2010). Physician for the future. *Medicina Clinica*, 134(8), 363–368. <http://doi.org/10.1016/j.medcli.2009.02.036>
- Haidet, P., & Stein, H. F. (2006). The role of the student-teacher relationship in the formation of physicians: The hidden curriculum as process. In *Journal of General Internal Medicine* (Vol. 21). <http://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00304.x>
- Heinze, G., Vargas, B. E., & Cortés Sotres, J. F. (2008). Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Salud Mental*, 31(5), 343–350.
- Hilario, E., Cañavate, M. L., & Álvarez, J. B. A. (2004). C APÍTULO 19 Expectativas de dedicación profesional de los alumnos de primero de Medicina.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1563–1569. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1563>
- Hojat, M., & Zuckerman, M. (2008). Personality and specialty interest in medical students. *Medical Teacher*, 30(4), 400–406. <http://doi.org/10.1080/01421590802043835>
- Howell, L. P., Servis, G., & Bonham, A. (2005). Multigenerational challenges in academic medicine: UCDavis’s responses. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 80(6), 527–532. <http://doi.org/10.1097/00001888-200506000-00003>
- Knights, J. A. (2005). Knights , Janice Anna (2005) Selecting medical students : personality as a potential predictor . PhD thesis , James Cook University .
SELECTING MEDICAL STUDENTS : Personality as a Potential Predictor Thesis submitted by.
- Lancaster, L. C. (2004). When Generations Collide: How to Solve the Generational Puzzle at Work. In *The Management Forum Series* (p. 5).
- Lievens, F., Coetsier, P., De Fruyt, F., & De Maeseneer, J. (2002). Medical students’

- personality characteristics and academic performance: a five-factor model perspective. *Med Educ*, 36(11), 1050–1056.
- Lievens, F., Ones, D. S., & Dilchert, S. (2009). Personality scale validities increase throughout medical school. *The Journal of Applied Psychology*, 94(6), 1514–1535. <http://doi.org/10.1037/a0016137>
- Lumsden, M. A., Bore, M., Millar, K., Jack, R., & Powis, D. (2005). Assessment of personal qualities in relation to admission to medical school. *Medical Education*, 39(3), 258–265. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02087.x>
- M. B., M., R., N., R., K., a. Z., Z., W. S., W. S., & S. S., S. S. (2012). Understanding the Personality Traits of Medical Students Using the Five Factor Model. *Asian Social Science*, 8(9), 17–22. <http://doi.org/10.5539/ass.v8n9p17>
- Magalhães, E., Costa, P., & Costa, M. J. (2012). Empathy of medical students and personality: evidence from the Five-Factor Model. *Medical Teacher*, 34(10), 807–12. <http://doi.org/10.3109/0142159X.2012.702248>
- Mahood, S. C. (2011). Medical education: Beware the hidden curriculum. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 57(9), 983–985.
- Markert, R. J., Rodenhauer, P., El-Baghdadi, M. M., Juskaite, K., Hillel, A. T., & Maron, B. a. (2008). Personality as a prognostic factor for specialty choice: a prospective study of 4 medical school classes. *Medscape Journal of Medicine*, 10(2), 49.
- Maslow, A. H. et al. (1970). *Motivation and Personality: Chapter 2 IN Motivation and Personality*. Harper & Row. Retrieved from http://books.google.co.uk/books?id=0V5qAAAAMAAJ&q=Motivation+and+Personality:+Chapter+2&dq=Motivation+and+Personality:+Chapter+2&hl=en&ei=kuZmTKnhKYHp4gb73p2ZBA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3&ved=0CDgQ6AEwAg
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *The American Psychologist*, 52(5), 509–516. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.52.5.509>
- McCrae, R. R., Costa, P. T., Pedroso de Lima, M., Simões, A., Ostendorf, F., Angleitner, A., ... Piedmont, R. L. (1999). Age differences in personality across the adult life span: parallels in five cultures. *Developmental Psychology*, 35(2), 466–477. <http://doi.org/10.1037/0012-1649.35.2.466>
- McManus, I. C., Keeling, A., & Paice, E. (2004). Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Medicine*, 2, 29. <http://doi.org/10.1186/1741-7015-2-29>
- McManus, I. C., Livingston, G., & Katona, C. (2006). The attractions of medicine: the generic motivations of medical school applicants in relation to demography, personality and achievement. *BMC Medical Education*, 6, 11. <http://doi.org/10.1186/1472-6920-6-11>
- Ministerio de Educación, C. Y. D. (2014). Datos básicos Datos Sistema Universitario. Curso 2013-2014.
- Molinuevo, B., & Torrubia, R. (2013). Does personality predict medical students' attitudes to learning communication skills? *International Journal of Medical Education*, 4, 155–161. <http://doi.org/10.5116/ijme.51f4.f2de>

- Morley, C. P., Roseamelia, C., Smith, J. A., & Villarreal, A. L. (2013). Decline of medical student idealism in the first and second year of medical school: A survey of pre-clinical medical students at one institution. *Medical Education Online*, 18(1).
- Morrison, J. (2005). How to choose tomorrow ' s doctors, 240–242.
- Mõttus, R., Allik, J., Konstabel, K., Kangro, E.-M., & Pullmann, H. (2008). Beliefs about the relationships between personality and intelligence. *Personality and Individual Differences*, 45(6), 457–462. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2008.05.029>
- Mueller, P. S. (2009). Incorporating professionalism into medical education: The Mayo Clinic experience. *Keio Journal of Medicine*. <http://doi.org/10.2302/kjm.58.133>
- Nasir, R., Mustaffa, M. B., Wan Shahrazad, W. S., Khairudin, R., & Syed Salim, S. S. (2011). Parental support, personality, self-efficacy as predictors for depression among medical students. *Pertanika Journal of Social Science and Humanities*, 19(SPEC. ISSUE), 9–15. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.10.057>
- Nedjat, S., Majdzadeh, R., & Rashidian, A. (2008). Graduate entry to medicine in Iran. *BMC Medical Education*, 8, 47. <http://doi.org/10.1186/1472-6920-8-47>
- Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero. (2008). *Boe*, 40, 8351–8355.
- Oriol-Bosch, a. (2011). Bolonia y la aculturaci◊n profesional. *Educ Med*, 14(2), 71–72.
- Powis, D. (2009). Personality testing in the context of selecting health professionals. *Medical Teacher*, 31(12), 1045–1046. <http://doi.org/10.3109/01421590903390601>
- Prat-Corominas, J., & Oriol-Bosch, A. (2011). Proceso de Bolonia (IV): currículo o plan de estudios. *Educación Médica*, 14(3), 141–149. <http://doi.org/10.4321/S1575-18132011000300003>
- Prat-Corominas, J., Palés-Argullós, J., Nolla-Domenjó, M., Oriol-Bosch, a., & Gual, a. (2010). Proceso de Bolonia (II): educación centrada en el que aprende. *Educación Médica*, 13(4), 197–203. <http://doi.org/10.4321/S1575-18132010000400002>
- Prideaux, D., Roberts, C., Eva, K., Centeno, A., McCrorie, P., McManus, C., ... Wilkinson, D. (2011). Assessment for selection for the health care professions and specialty training: consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Medical Teacher*, 33(3), 215–223. <http://doi.org/10.3109/0142159X.2011.551560>
- Pruskil, S., Burgwinkel, P., Georg, W., Keil, T., & Kiessling, C. (2009). Actitudes de estudiantes de medicina hacia la ciencia y la participación en actividades de investigación : Estudio comparativo entre estudiantes de un currículum reformado y uno tradicional, 6(2), 117–119.
- Raad, B. de, & Perugini, M. (2002). *Big five assessment*. Seattle [etc.] : Hogrefe and Huber Publishers. Retrieved from http://cataleg.udl.cat/record=b1155156~S11*cat
- Rabow Dr., M. W., Evans, C. N., & Remen, R. N. (2013). Professional formation and deformation: Repression of personal values and qualities in medical education. *Family Medicine*, 45(1), 13–18.
- Real Decret 1417/1990, de 26 d'octubre. (1990). *BOE*, 278, 34343–34345.
- Renau, Enric; Coscolla, R. (2001). Els catalans i el voluntariat. Principals resultats. Generalitat de Catalunya. Institut Català del voluntariat. Retrieved from http://xarxanet.org/sites/default/files/gencat-els_catalans_i_el_voluntariat_2001.pdf

- Resolució 4096 de 12 de novembre. (1994). *BOE Núm 45*, 5746–5757.
- Ribera, J. (2010). Adaptació dels estudis de Medicina a l'Espai Europeu d'Educació Superior, una gran oportunitat, 113–115.
- Roberts, B. W., Walton, K. E., & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 132(1), 1–25. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.1>
- Rodríguez de Castro, F. (2012). Proceso de Bolonia (V): el currículo oculto. *Educación Médica*, 15(1), 13–22. <http://doi.org/10.4321/S1575-18132012000100006>
- Rojo, J., Monleón, P. J., Monleón, A., García, M. L., Alonso, A., & Valdemoro, C. (2003). Factores de personalidad y predilección por las distintas especialidades en los estudiantes de Medicina. *Anales de Psiquiatría*, 19(8), 337–342.
- Rojo-Moreno, J., Monleón-Moscardó, P. J., Alonso-Fonfría, A., Monleón-Moscardó, A., García-Merita, M. L., & Valdemoro-García, C. (2001). Definición vocacional en los estudiantes de Medicina: influencia de la personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(6), 396–402.
- Salamero, M., Baranda, L., Mitjans, A., Baillés, E., Cámara, M., Parramon, G., ... Padrós, J. (2012). Estudi sobre la salut, estils de vida i condicionants acadèmics dels estudiants de medicina de Catalunya, 60.
- Schwartz, R. W., Barclay, J. R., Harrell, P. L., Murphy, A. E., Jarecky, R. K., & Donnelly, M. B. (1994). Defining the surgical personality: a preliminary study. *Surgery*, 115(1), 62–68.
- Soria, M., Guerra, M., Giménez, I., & Fernando Escanero, J. (2006a). La decisión de estudiar medicina: características. *Educación Médica*, 9(2), 91–97. <http://doi.org/10.4321/S1575-18132006000200008>
- Soria, M., Guerra, M., Giménez, I., & Fernando Escanero, J. (2006b). La decisión de estudiar medicina: características. *Educación Médica*. <http://doi.org/10.4321/S1575-18132006000200008>
- Taber, B. J., Hartung, P. J., & Borges, N. J. (2011). Personality and values as predictors of medical specialty choice. *Journal of Vocational Behavior*, 78(2), 202–209.
- Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2009). Cross-cultural studies of personality traits and their relevance to psychiatry. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 15(3), 176–184. <http://doi.org/10.1017/S1121189X00004425>
- The Bologna Declaration on the European space for higher education. (1999). *Published Online at Http://www.bolognaberlin2003.De/...*
- Tutton, P. J. (1996). Psychometric test results associated with high achievement in basic science components of a medical curriculum. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 71(2), 181–186. <http://doi.org/10.1097/00001888-199602000-00027>
- Twenge, J. M. (2009). the cross-cutting edge Generational changes and their impact in the classroom : teaching Generation Me, 398–405. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03310.x>
- Twenge, J. M. (2009). Generational changes and their impact in the classroom: Teaching Generation Me. *Medical Education*, 43(5), 398–405. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03310.x>

- Twenge, J. M., Campbell, S. M., Hoffman, B. J., & Lance, C. E. (2010). Generational Differences in Work Values: Leisure and Extrinsic Values Increasing, Social and Intrinsic Values Decreasing. *Journal of Management*.
<http://doi.org/10.1177/0149206309352246>
- Tyssen, R., Dolatowski, F. C., Røvik, J. O., Thorkildsen, R. F., Ekeberg, Ø., Hem, E., ... Vaglum, P. (2007). Personality traits and types predict medical school stress: A six-year longitudinal and nationwide study. *Medical Education*, 41(8), 781–787.
<http://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02802.x>
- Vaidya, N. A., Sierles, F. S., Raida, M. D., Fakhoury, F. J., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2004). Relationship between specialty choice and medical student temperament and character assessed with Cloninger Inventory. *Teaching and Learning in Medicine*, 16(2), 150–156. http://doi.org/10.1207/s15328015tlm1602_6
- Watson, D., & Walker, L. M. (1996). The long-term stability and predictive validity of trait measures of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(3), 567–577. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.70.3.567>
- Williams, J. E., Satterwhite, R. C., & Best, D. L. (1999). Pancultural gender stereotypes revisited: The five factor model. *Sex Roles*, 40(7-8), 513–525.
- Zeldow, P. B., & Daugherty, S. R. (1991). Personality profiles and specialty choices of students from two medical school classes. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 66(5), 283–287.
<http://doi.org/10.1097/00001888-199105000-00012>
- Zuckerman, M. (2002). Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ): An alternative five-factorial model. In *Big Five Assessment* (Vol. 103, pp. 377–396). Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20706928>

5. ANNEXOS

5. ANNEXOS

5.1. ANNEX 1. Qüestionari sociodemogràfic.

Identificació:

Data:

Nom:

1. Edat:

2. Sexe: Dona ☐ Home ☐

3. La residència familiar habitual és en

a- Ciutat gran ☐ b- Ciutat petita ☐ c- Poble \geq 2.500 h. ☐ d- Poble $<$ 2.500 h. ☐

4. Durant el curs visc

a- amb els pares: sí ☐ no ☐

b- altres familiars: sí ☐ no ☐

c- en una residència: sí ☐ no ☐

d- en parella: sí ☐ no ☐

e- amb companys: sí ☐ no ☐

f- sol: sí ☐ no ☐

5. Depenc econòmicament dels pares/tutors: sí ☐ no ☐

6. Em financio els estudis amb (marca tots els que corresponguin):

a- beca ministeri: ☐

b- altres ajudes institucionals: ☐

c- treball propi: ☐

d- ajuda de pares/tutors: ☐

e- ajuda d'un altre familiar: ☐

f- altres mitjans: ☐

7. Les vacances familiars normalment

a- les passem a casa: ☐

b- anem a la platja o a la muntanya: ☐

c- fem un viatge nacional: ☐

e- fem un viatge a l'estranger: ☐

8. Escola/col·legi i població on vaig estudiar BUP:

9. Activitat professional a- del pare:

b- de la mare:

10. Tinc antecedents familiars metges a la família (avis, germans...): sí ☐ no ☐

Qui?

11. Tinc antecedents familiars infermers a la família (avis, germans...): sí ☐ no ☐

Qui?

12. Algun amic de la meva infantesa estudia medicina: sí ☐ no ☐

13. Estudiar a la UdL va ser en 1a. opció: sí ☐ no ☐

14. En quina època de la vida vaig prendre la decisió d'estudiar medicina:

15. He rebut influències o persuasions per a estudiar medicina: sí ☐ no ☐

De qui?

16. Especialitat que m'agradaria exercir:

17. Les pràctiques realitzades al llarg de la carrera han fet canviar l'elecció de
l'especialitat desitjada: sí ☐ no ☐

Per què?

18. Rotació-especialitat que estic fent ara:

19. Rotacions-especialitats que ja he fet:

20. Rotacions-especialitats que em falten:

21. La sèrie de TV de temàtica mèdica que més m'ha agradat:

22. He fet tasques de voluntariat: sí ☐ no ☐

En cas de respondre afirmativament,

a- el voluntariat que he fet ha estat en el camp dels malalts: sí ☐ no ☐

b- Nivell de satisfacció: molt ☐ normal ☐ poc ☐ gens ☐

c- M'agradaria fer tasques de voluntariat: sí ☐ no ☐

23. Gaudeixo de bona salut: sí ☐ no ☐

24. Tinc experiència de malaltia greu o minusvalia a- Pròpia: sí ☐ no ☐

b- Familiars propers: sí ☐ no ☐ c- Amics: sí ☐ no ☐

Quina?

25. He estat ingressat/da en clínica/hospital

a- per intervenció: sí ☐ no ☐ b- per malaltia: sí ☐ no ☐

26. Habitualment vaig a veure als familiars/amics quan estan malalts: sí ☐ no ☐

27. He tingut experiències de mort propera: sí ☐ no ☐

En cas afirmatiu, la que més m'ha afectat,

a- edat que tenia: b- relació/parentiu:

28. He tingut experiència de mort presencial: sí ☐ no ☐ Edat:

29. Tinc creences religioses: sí ☐ no ☐

30. Crec en el "més enllà": sí ☐ no ☐

31. He fet cursos de creixement personal/interior i/o he llegit literatura sobre la mort:
sí ☐ no ☐

32. El meu concepte de mort és: (escriu-ho en una frase)

1.- No estoy de acuerdo 2.- Estoy un poco de acuerdo 3.- No estoy de acuerdo ni en desacuerdo 4.- Bastante de acuerdo 5.- Completamente de acuerdo

28. ___ Escuchar conferenciantes polémicos sólo confunde y engaña a los estudiantes.
29. ___ Los líderes políticos han de tener más en cuenta lo humano en sus discursos.
30. ___ He hecho bastantes tonterías en el pasado.
31. ___ Me asusto fácilmente.
32. ___ No me gusta demasiado hablar con la gente.
33. ___ Trato de orientar mis pensamientos hacia la realidad y evitar fantasías.
34. ___ Creo que la mayoría de la gente es bien intencionada.
35. ___ No me importan demasiado las obligaciones cívicas como votar.
36. ___ Soy una persona apacible y tranquila.
37. ___ Me gusta tener muchas personas a mi alrededor.
39. ___ A veces estoy totalmente absorto/a en la música que escucho.
39. ___ Si es necesario, manipularía a la gente para conseguir lo que quisiese.
40. ___ Mantengo mis cosas ordenadas y limpias.
41. ___ Algunas veces me siento completamente inútil.
42. ___ Algunas veces no puedo sostener mi opinión o idea.
43. ___ Raramente siento emociones fuertes.
44. ___ Trato de ser cortés con todo el mundo que conozco.
45. ___ Algunas veces no soy tan formal ni digno de confianza como debiera.
46. ___ Pocas veces me siento cohibido/a cuando estoy con otras personas.
47. ___ Cuando hago algo, lo hago con ganas.
48. ___ Creo que es interesante aprender y desarrollar nuevas aficiones.
49. ___ Puedo ser sarcástico/a y cortante cuando necesito serlo.
50. ___ Tengo una serie de metas y me esfuerzo por alcanzarlas de forma ordenada.
51. ___ Tengo problemas para resistir a mis caprichos.
52. ___ No disfrutaría de unas vacaciones en Las Vegas.
53. ___ Me aburren las discusiones filosóficas.
54. ___ Prefiero no hablar de mí mismo ni de mis logros.
55. ___ Pierdo mucho tiempo antes de ponerme a trabajar.
56. ___ Me siento capaz de resolver la mayoría de mis problemas.
57. ___ Algunas veces he experimentado una intensa felicidad o éxtasis.
58. ___ Las leyes y normas sociales deberían cambiar y reflejar las necesidades de un mundo cambiante.
59. ___ Tengo una actitud obstinada y terca
60. ___ Pienso las cosas cuidadosamente antes de tomar una decisión.
61. ___ Raramente me siento nervioso/a o inquieto/a.
62. ___ Me conocen por ser una persona afectuosa y amable.
63. ___ Soy muy fantasioso/a.
64. ___ La mayoría de la gente se aprovecharía de uno/a si pudiera.
65. ___ Me mantengo informado/a y normalmente tomo decisiones inteligentes.
66. ___ Me conocen como impetuoso y por enfadarme fácilmente.
67. ___ Normalmente prefiero hacer las cosas sólo/a.
68. ___ El ballet clásico o moderno me aburren.
69. ___ No podría engañar a nadie aunque quisiera.
70. ___ No soy una persona muy metódica.
71. ___ Casi nunca estoy triste o deprimido /a.
72. ___ Con frecuencia he sido líder de los grupos a los que he pertenecido.
73. ___ Me importa mucho mi estado de ánimo.
74. ___ Algunas personas me consideran frío/a y calculador/a.
75. ___ Pago mis deudas a tiempo y en su totalidad.
76. ___ A veces me he sentido tan avergonzado/a que sólo quería esconderme.
77. ___ Mi trabajo es pausado pero constante.
78. ___ Cuando encuentro la forma de hacer algo correctamente, sigo trabajando así.
79. ___ Dudo en expresar mi ira aun cuando sea justificada.

80. ___ Cuando me propongo superarme en algo, pronto desisto y no consigo persistir en ello.
81. ___ No me es muy difícil resistir la tentación.
82. ___ Algunas veces he hecho cosas solamente por el placer o la emoción.
83. ___ Disfruto resolviendo problemas o rompecabezas.
84. ___ Pienso que soy mejor que la mayoría de personas y estoy seguro/a de ello.
85. ___ Soy una persona responsable que siempre cumple con el trabajo.
86. ___ Si estoy presionado, algunas veces me siento como si me rompiera en pedazos.
87. ___ No soy un/a optimista animado/a.
88. ___ Tenemos que inspirarnos en nuestras autoridades religiosas para resolver cuestiones orales.
89. ___ Nunca podríamos hacer demasiado bien por los pobres y los ancianos.
90. ___ A veces actúo primero y pienso después.
91. ___ Con frecuencia me siento tenso/a y alterado/a.
92. ___ Muchas personas piensan que soy algo frío/a y distante.
93. ___ No me gusta perder el tiempo en fantasías.
94. ___ Casi todas las personas con las que me relaciono son honradas y de confianza.
95. ___ Con frecuencia me neto en situaciones para las que no estoy totalmente preparado/a.
96. ___ No se me considera una persona caprichosa o temperamental.
97. ___ No puedo estar solo mucho tiempo, realmente necesito a otras personas.
98. ___ Me intrigan las semejanzas que encuentro entre el arte y la naturaleza.
99. ___ Ser completamente honrado/a es perjudicial para los negocios.
100. ___ Me gusta tenerlo todo ordenado para saber donde está exactamente cada cosa.
101. ___ Algunas veces he tenido un profundo sentimiento de culpa o de haber pecado.
102. ___ En las reuniones, normalmente dejo que otros hablen.
103. ___ Raramente presto atención a los sentimientos del momento.
104. ___ Generalmente, trato de ser atento/a y considerado/a.
105. ___ Algunas veces hago trampas cuando juego al solitario.
106. ___ No me siento mal si la gente me ridiculiza y me toma el pelo.
107. ___ Frecuentemente me siento lleno de energía.
108. ___ Con frecuencia pruebo comidas nuevas de otros países.
109. ___ Si alguien no me gusta, se lo digo.
110. ___ Trabajo duro para conseguir mis objetivos.
111. ___ Como demasiado de mi comida favorita.
112. ___ Tiendo a evitar las películas de terror.
113. ___ No me interesa cuando la gente habla de cosas muy abstractas y teóricas.
114. ___ Trato de ser humilde.
115. ___ Me es difícil obligarme a hacer lo que debo.
116. ___ Mantengo el control ante una situación crítica.
117. ___ Algunas veces me encuentro muy feliz.
118. ___ Creo que las diferentes ideas sobre lo bueno y lo malo que las personas tienen en otras sociedades pueden ser totalmente válidas para ellas.
119. ___ No siento ninguna simpatía por los mendigos.
120. ___ Siempre sopeso las consecuencias antes de hacer algo.
121. ___ Rara vez siento preocupado sobre el futuro.
122. ___ Verdaderamente disfruto hablando con la gente.
123. ___ Verdaderamente disfruto concentrándome en una fantasía y de explorar todas sus posibilidades, permitiéndola crecer y desarrollarse.
124. ___ Cuando alguien hace algo bueno por mí, tiendo a sospechar.
125. ___ Estoy orgulloso de mi buen juicio.
126. ___ Frecuentemente me disgusta la gente con quien tengo que relacionarme.
127. ___ Prefiero trabajos en solitario, sin que otros me molesten.
128. ___ La poesía me interesa poco.

1.- No estoy de acuerdo 2.- Estoy un poco de acuerdo 3.- No estoy de acuerdo ni en desacuerdo 4.- Bastante de acuerdo 5.- Completamente de acuerdo

129. __ No me gustaría que me considerasen como un/a hipócrita.
130. __ Parece que nunca puedo organizarme.
131. __ Tiendo a culpabilizarme cuando algo sale mal.
132. __ Frecuentemente, los demás esperan que sea yo quien tome las decisiones.
133. __ Experimento una gran variedad de emociones y sentimientos.
134. __ No se me conoce por ser muy generoso.
135. __ Cuando me comprometo, siempre se puede esperar que cumpla.
136. __ Frecuentemente me siento inferior a los demás.
137. __ No soy tan despierto/a y animado/a como otras personas.
138. __ Prefiero pasar el rato en lugares familiares.
139. __ Si me han insultado, sólo trato de perdonar y olvidar.
140. __ No tengo ganas de superarme.
141. __ Raramente me dejo llevar por los impulsos.
142. __ Quiero estar dónde se encuentre la acción.
143. __ Disfruto resolviendo rompecabezas.
144. __ Tengo una elevada opinión de mí mismo/a.
145. __ Cuando comienzo un proyecto, casi siempre lo termino.
146. __ Frecuentemente me cuesta decidirme.
147. __ No me considero especialmente alegre.
148. __ Creo que la lealtad a los propios ideales y principios es más importante que la libertad de ideas.
149. __ Las necesidades humanas deben ser prioritarias sobre las consideraciones económicas.
150. __ Frecuentemente hago las cosas por impulso.
151. __ Frecuentemente me preocupa que las cosas me puedan ir mal.
152. __ Me es fácil sonreír y ser sociable con personas extrañas.
153. __ Si siento que la mente se me llena de fantasías, normalmente me pongo a hacer algo y me concentro en algún trabajo o actividad.
154. __ Mi primera reacción es de confiar en la gente.
155. __ No parece que tenga un éxito completo en nada.
156. __ Me cuesta mucho ponerme de mal humor.
157. __ Prefiero pasar las vacaciones en una playa frecuentada que en una cabaña aislada en el bosque.
158. __ Ciertos tipos de música me fascinan enormemente.
159. __ A veces engaño a la gente para que hagan lo que quiero.
160. __ Tiendo a ser un poco caprichoso y exigente.
161. __ Tengo una pobre opinión de mí mismo/a.
162. __ Preferiría seguir mi canino que ser líder de los demás.
163. __ Raramente me doy cuenta de los estados de ánimo o emociones que producen ambientes diferentes.
164. __ Le caigo bien a la mayoría de gente que conozco.
165. __ Me rijo estrictamente en mis propios principios éticos.
166. __ Me siento cómodo/a en presencia de mis jefes u otros superiores.
167. __ Habitualmente parece que tengo prisa.
168. __ Algunas veces hago cambios en casa sólo para probar algo diferente.
169. __ Si alguien comienza una pelea, estoy preparado/a para luchar.
170. __ Me esfuerzo por conseguir todo lo que pueda.
171. __ A veces como hasta hartarme.
172. __ Me encanta la emoción de la montaña rusa.
173. __ Tengo poco interés en pensar sobre la naturaleza del universo y la condición humana.
174. __ Pienso que no soy mejor que los demás, cualesquiera que sean sus características.
175. __ Cuando algo se me hace demasiado difícil, tiendo a empezar otra cosa.
176. __ Me controlo muy bien durante una crisis.
177. __ Soy una persona alegre y animada.

1.- No estoy de acuerdo 2.- Estoy un poco de acuerdo 3.- No estoy de acuerdo ni en desacuerdo 4.- Bastante de acuerdo 5.- Completamente de acuerdo

178. ___ Me considero liberal y tolerante sobre el modo de vida de otras personas.
179. ___ Creo que todos los seres humanos merecen respeto.
180. ___ Raramente tomo decisiones precipitadas.
181. ___ Tengo menos miedos que la mayoría de la gente.
182. ___ Tengo fuertes vínculos emocionales con mis amigos.
183. ___ Cuando era niño/a raramente disfrutaba de los juegos de ficción.
184. ___ Tiendo a suponer lo mejor sobre la gente.
185. ___ Soy una persona muy competente.
186. ___ A veces me he sentido amargado/a y resentido/a.
187. ___ Las reuniones sociales son generalmente aburridas.
188. ___ Algunas veces cuando leo poesía o miro una obra de arte, siento un escalofrío o una emoción.
189. ___ A veces intimidado o adulo a la gente para que hagan lo que quiero.
190. ___ No tengo manías sobre la limpieza.
191. ___ Algunas veces las cosas me parecen poco prometedoras y sin esperanza.
192. ___ En las conversaciones tiendo a hablar más que nadie.
193. ___ Me resulta fácil empatizar -sentir lo que sienten los demás-.
194. ___ Me considero una persona caritativa.
195. ___ Trato de realizar el trabajo con cuidado para que no haya que repetirlo.
196. ___ Si he dicho o hecho algo malo a alguien, casi no puedo enfrentarme con ellos otra vez.
197. ___ Mi vida es muy agitada.
198. ___ Cuando estoy de vacaciones, prefiero ir a un lugar que ya conozco.
199. ___ Soy terco/a y testarudo/a.
200. ___ Me esfuerzo por hacerlo todo bien.
201. ___ Algunas veces hago cosas sin pensarlas y luego me arrepiento.
202. ___ Me atraen los colores y estilos brillantes y llamativos.
203. ___ Tengo mucha curiosidad intelectual.
204. ___ Prefiero elogiar a los demás, que ser elogiado/a.
205. ___ Hay tantas cosas pequeñas que hay que hacer, que a veces ni las tengo en cuenta.
206. ___ Cuando parece ir mal, todavía puede tomar buenas decisiones.
207. ___ Raramente uso palabras como "¡fantástico!" o "¡sensacional!" para describir mis experiencias.
208. ___ Si las personas no saben en lo que creen cuando llegan a los 25 años, hay algo que no va bien.
209. ___ Siento mucha compasión por las personas menos afortunadas que yo.
210. ___ Cuando voy de viaje hago planes cuidadosamente.
211. ___ A veces tengo pensamientos de miedo.
212. ___ Tengo un interés personal por las personas con que trabajo.
213. ___ Me sería difícil dejar que mi mente vagara sin control o dirección.
214. ___ Tengo mucha fe en la naturaleza humana.
215. ___ Soy eficiente y efectivo en mi trabajo.
216. ___ Las pequeñas molestias pueden llegar a frustrarme.
217. ___ Disfruto de las fiestas donde hay mucha gente.
218. ___ Disfruto leyendo poesía que enfatiza más los sentimientos y las imágenes que los aspectos narrativos.
219. ___ Estoy orgulloso de mi inteligencia en el trato con los demás.
220. ___ Dedico mucho tiempo a buscar cosas que he perdido.
221. ___ Frecuentemente y cuando las cosas van mal, me desanimo y tengo ganas de rendirme.
222. ___ No me es fácil afrontar una situación.
223. ___ Cosas raras -como ciertos olores o nombres de lugares lejanos- pueden evocar fuertes estados de ánimo en mi persona.
224. ___ Si puedo, me tomo la molestia de ayudar a los demás.
225. ___ Tengo que estar verdaderamente enfermo/a para faltar un día al trabajo.
226. ___ Cuando las personas que conozco hacen tonterías, siento vergüenza ajena.

1.- No estoy de acuerdo 2.- Estoy un poco de acuerdo 3.- No estoy de acuerdo ni en desacuerdo 4.- Bastante de acuerdo 5.- Completamente de acuerdo

- 227. __ Soy una persona muy activa.
- 228. __ Cuando voy a un sitio siempre sigo el mismo camino.
- 229. __ Con frecuencia discuto con mi familia y con los compañeros de trabajo.
- 230. __ Soy adicto/a a mi trabajo.
- 231. __ Siempre puede controlar mis emociones.
- 232. __ Me gusta sentirme parte del público en los actos deportivos.
- 233. __ Tengo una amplia variedad de intereses intelectuales.
- 234. __ Soy una persona superior.
- 235. __ Tengo mucha auto-disciplina.
- 236. __ Tengo mucha estabilidad emocional.
- 237. __ Me río fácilmente.
- 238. __ Creo que la tolerancia de la "nueva moralidad" no es ninguna moralidad.
- 239. __ Prefería que se me conociese más por "misericordioso/a" que por "justo/a".
- 240. __ Antes de contestar a una pregunta, la pienso dos veces.

A continuación se listan una serie de adjetivos bipolares o contrapuestos. Entre ambos extremos se han colocado una serie de números que van del 1 al 9. Si una persona piensa que su forma de ser se ajusta **al** adjetivo que queda colocado en la **columna izquierda** debe de poner una cruz en uno de los dígitos que van del 4 al 1. Cuanto menor sea el dígito que tache más identificado se encontrará con el adjetivo de la izquierda. Por el contrario si se identifica con el adjetivo de la **columna derecha** deberá tachar el dígito entre el 6 y 9. Si considera que no puede definirse entre los dos adjetivos contrapuestos tache el 5.

Ejemplo:

<i>Desconfiado</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<i>Confiado</i>
Por favor, ¡Conteste a todos los adjetivos!										
Introverso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Extroverso
Poco enérgico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Enérgico, vivaz
Callado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Hablador
Poco entusiasta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Entusiasta
Tímido	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Osado
Inactivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Activo
Inhibido	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Espontáneo
No asertivo/apocado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Asertivo/afirmativo
No aventurero	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Aventurero
Insociable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Sociable
Frío	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Afectuoso
Poco amable, osco	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Amable
Poco cooperativo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Cooperativo
Interesado/egoísta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Desinteresado
Descortés	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Cortés/educado
Desagradable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Agradable
Desconfiado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Confiado
Tacaño	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Generoso
Inflexible	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Flexible
Injusto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Justo
Desorganizado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Organizado
Irresponsable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Responsable
Poco de fiar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Fiable
Negligente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concienzudo
Poco práctico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Práctico
Descuidado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Cuidadoso/meticuloso
Perezoso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Trabajador
Derrochador	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ahorrador
Imprudente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Prudente/precavido
Frívolo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Serio
Irritable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	No irritable
Tenso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Relajado
Nervioso/asosegado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tranquilo/desasosegado
Envidioso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Poco envidioso
Inestable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Estable
Descontento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Contento/satisfecho
Inseguro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Seguro
Emotivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Impasible/no sentimental
Con sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Sin sentimientos de culpa
Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Regular
Poco inteligente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Inteligente
Insensible	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Sensible
Poco analítico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Analítico
Irreflexivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Reflexivo
Poco curioso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Curioso
Poco imaginativo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Imaginativo
Poco creativo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Creativo
Inculto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Culto
Poco refinado, rudo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Refinado/elegante
Sencillo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Sofisticado

5.3. ANNEX 3. Carta de presentació de les investigadores als estudiants

Lleida, març de 1.999

Benvolgut company,

Com a estudiants de tercer cicle de la UdL, ens adrecem a tu per a demanar-te ajuda i col·laboració en la recollida de la informació que ens és necessària per a la elaboració de la nostra tesi doctoral, que investiga el camp de les actituds dels estudiants de medicina i la seva personalitat. .

Necessitem, doncs, recollir una sèrie de dades dels estudiants en els diferents cicles de la carrera. Per la qual cosa, hauríem de passar un test d'actituds i un de personalitat, que es respondran de forma anònima quedant garantida la confidencialitat.

La teva contribució ajudarà a aprofundir en el coneixement dels temes d'educació mèdica i d'educació per a la vida i a evolucionar en els dissenys dels plans d'estudis.

Per tot això, apel·lem el teu esperit científic i de col·laboració i agraïm la teva acollida.

Moltes gràcies

Anna Maria Agustí
Psicopedagoga

Esther Amorós
Metge Forense

5.4. ANNEX 4. Permís UdL

Lleida 10 de Setembre de 2015

El Dr. Joan Prat Corominas, professor titular del Departament de Medicina Experimental de la Universitat de Lleida (DMEx-UdL), que va ser Cap d'Estudis de la Facultat de Medicina durant el període 1992-2001 i Degà de la mateixa el període 2001-2003, a sol·licitud de la doctoranda Sra. Esther Amorós Galitó, declara:

Que l'equip de treball que va realitzar els treballs de camp amb els estudiants, del que ja formava part la doctoranda, va presentar el projecte i sol·licitar autorització al deganat prèviament a l'inici d'aquests. La Facultat va autoritzar els mateixos, i a més va recolzar amb entusiasme tot el procés, ja que dels objectius del treball se'n podien desprendre dades importants per la millora del procés de formació.

Que la Direcció d'Estudis, amb l'acord de la Comissió d'Estudis i del Consell de l'Estudiantat de la Facultat va recolzar i facilitar la realització dels treballs de camp, proposant els horaris i llocs per la realització del mateix a les instal·lacions de la Facultat.

Tot això permet afirmar no tant sols la aquiescència sinó la implicació i interès de la Facultat en aquest estudi.

Joan Prat Corominas



5.5. ANNEX 5. Objectius Grau de Medicina de la UdL

(www.graumedicina.udl.cat/ca/pla-formatiu/objectius-competencies)

Valors professionals, actituds i comportaments ètics

- Reconèixer els elements essencials de la professió mèdica, incloent-hi els principis ètics i les responsabilitats legals.
- Comprendre la importància d'aquests principis per al benefici del pacient, de la societat i de la professió, amb especial atenció al secret professional.
- Saber aplicar el principi de justícia social a la pràctica professional.
- Desenvolupar la pràctica professional amb respecte a l'autonomia del pacient, a les seues creences i cultura.
- Reconèixer les pròpies limitacions i la necessitat de mantenir i d'actualitzar la seua competència professional, prestant especial atenció a l'aprenentatge de manera autònoma de nous coneixements i tècniques, i a la motivació per a la qualitat. Desenvolupar la pràctica professional amb respecte a altres professionals de la salut.

Fonaments científics de la medicina

- Comprendre i reconèixer l'estructura i la funció normal del cos humà, a nivell molecular, cel·lular, tissular, orgànic i de sistemes, en les diferents etapes de la vida.
- Reconèixer les bases de la conducta humana normal i les seues alteracions.
- Comprendre i reconèixer els efectes, els mecanismes i les manifestacions de la malaltia sobre l'estructura i la funció del cos humà.
- Comprendre i reconèixer els agents causants i els factors de risc que determinen els estats de salut i el desenvolupament de la malaltia. Comprendre i reconèixer els efectes del creixement, el desenvolupament i l'envelliment sobre l'individu i el seu entorn social. Comprendre els fonaments d'acció, les indicacions i l'eficàcia de les intervencions terapèutiques, basant-se en l'evidència científica disponible.

Habilitats clíniques

- Obtenir i elaborar una història clínica que contingui tota la informació rellevant.
- Realitzar un examen físic i una valoració mental.
- Tenir capacitat per elaborar un judici diagnòstic inicial i establir una estratègia diagnòstica raonada.
- Reconèixer i tractar les situacions que posen la vida en perill immediat i aquelles altres que exigeixen atenció immediata.
- Establir el diagnòstic, el pronòstic i el tractament, i aplicar els principis basats en la millor informació possible.
- Indicar la terapèutica més adequada dels processos aguts i crònics més prevalents, així com dels malalts en fase terminal.
- Plantejar i proposar les mesures preventives adequades a cada situació clínica.
- Adquirir experiència clínica adequada en institucions hospitalàries, centres de salut o altres institucions sanitàries, sota supervisió.

Habilitats de comunicació

- Escoltar amb atenció, obtenir i sintetitzar informació pertinent sobre els problemes que afligeixen el malalt i comprendre el contingut d'aquesta informació.
- Redactar històries clíniques i altres registres mèdics de manera comprensible a tercers.
- Comunicar-se de manera efectiva i clara, tant de forma oral com escrita, amb els pacients, familiars, mitjans de comunicació i altres professionals.
- Establir una bona comunicació interpersonal que capaci per dirigir-se amb eficiència i empatia a pacients, familiars, mitjans de comunicació i altres professionals.

Salut pública i sistemes de salut

- Reconèixer els determinants de salut en la població, tant els genètics com els dependents de l'estil de vida, demogràfics, ambientals, socials, econòmics, psicològics i culturals.
- Assumir el seu paper en les accions de prevenció i protecció davant de malalties, lesions o accidents i el manteniment i la promoció de la salut, tant a nivell individual com comunitari.
- Reconèixer el seu paper en equips multiprofessionals i assumir-ne el lideratge quan escaigui, tant per al subministrament de cures de la salut com en les intervencions per a la promoció de la salut.
- Obtenir i utilitzar dades epidemiològiques i valorar tendències i riscos per a la presa de decisions sobre la salut.
- Conèixer les organitzacions internacionals de salut i els entorns i condicionaments dels diferents sistemes de salut.

Gestió de la informació

- Conèixer, valorar críticament i saber utilitzar les fonts d'informació clínica i biomèdica per obtenir, organitzar, interpretar i comunicar la informació científica i sanitària.
- Saber utilitzar les tecnologies de la informació i la comunicació en les activitats clíniques, terapèutiques, preventives i d'investigació.
- Mantenir i utilitzar els registres amb informació del pacient per a la seua posterior anàlisi, preservant la confidencialitat de les dades.

Anàlisi crítica i investigació

- Tenir en l'activitat professional un punt de vista crític, creatiu, amb escepticisme constructiu i orientat a la investigació.
- Comprendre la importància i les limitacions del pensament científic en l'estudi, la prevenció i el maneig de les malalties.
- Ser capaç de formular hipòtesis, de recol·lectar i valorar de manera crítica la informació per a la resolució de problemes, seguint el mètode científic.
- Adquirir la formació bàsica per a l'activitat investigadora.

5.6. ANNEX 6. Competències del grau de medicina de la UdL:
(www.graumedicina.udl.cat)

Mòdul I. Morfologia, Estructura i Funció del Cos Humà (80 ECTS)

- Conèixer l'estructura i la funció cel·lular, les biomolècules, el metabolisme, la regulació i la integració metabòlica. Conèixer els principis bàsics de la nutrició humana, de la comunicació cel·lular i de les membranes excitables. Cicle cel·lular, la diferenciació i la proliferació cel·lular, l'herència, la informació, l'expressió i la regulació gènica. Desenvolupament embrionari i l'organogènesi. Conèixer la morfologia, l'estructura i la funció de la pell, de la sang, del sistema circulatori, del sistema digestiu, del sistema locomotor, del sistema reproductor, del sistema excretor, del sistema respiratori, del sistema endocrí, del sistema immunitari i del sistema nerviós central i perifèric. Exploració física bàsica. Creixement, maduració i envelliment dels diferents aparells i sistemes. Homeòstasi i adaptació a l'entorn.
- Manejar el material i les tècniques bàsiques de laboratori, interpretar una analítica normal i fer proves funcionals, determinar paràmetres vitals i interpretar-los. Reconèixer amb mètodes macroscòpics, microscòpics i tècniques d'imatge la morfologia i l'estructura de teixits, òrgans i sistemes.

Mòdul II. Medicina Social, Habilitats de Comunicació i Iniciació a la Investigació (30 ECTS)

- Conèixer els fonaments legals de l'exercici de la professió mèdica, el consentiment informat i la confidencialitat. Reconèixer, diagnosticar i orientar el tractament del dany físic i mental. Implicacions socials i legals de la mort. Conèixer i reconèixer l'evolució normal del cadàver. Diagnòstic post mortem. Fonaments de criminologia mèdica. Ser capaç de redactar documents mèdics legals.
- Conèixer els fonaments de l'ètica mèdica. Bioètica. Resoldre conflictes ètics. Aplicar els valors professionals d'excel·lència, altruisme, sentit del deure, responsabilitat, integritat i honestat a l'exercici de la professió. Reconèixer la necessitat de mantenir la competència professional. Saber abordar la pràctica professional respectant l'autonomia del pacient, les seues creences i cultura.
- Conèixer els principis i aplicar els mètodes propis de la medicina preventiva i la salut pública. Factors de risc i prevenció de la malaltia. Reconèixer els determinants de salut de la població. Indicadors sanitaris. Planificació, programació i avaluació de programes de salut. Prevenció i protecció davant de malalties, lesions i accidents. Avaluació de la qualitat assistencial i estratègies de seguretat del pacient. Vacunes. Epidemiologia. Demografia. Conèixer la planificació i l'administració sanitària en els àmbits mundial, europeu, espanyol i autonòmic. Conèixer les implicacions econòmiques i socials que comporta l'actuació mèdica, considerant criteris d'eficàcia i eficiència. Salut i medi ambient. Seguretat alimentària. Salut laboral.
- Conèixer, valorar críticament i saber utilitzar les tecnologies i les fonts d'informació clínica i biomèdica, per obtenir, organitzar, interpretar i comunicar informació clínica, científica i sanitària. Conèixer els conceptes bàsics de bioestadística i la seua aplicació en les ciències mèdiques. Ser capaç de dissenyar i efectuar estudis estadístics senzills utilitzant programes informàtics i interpretar-ne els resultats. Entendre i interpretar les dades estadístiques de la literatura mèdica. Conèixer la història de la salut i de la malaltia. Conèixer l'existència i els principis de les medicines alternatives. Fer anar amb autonomia un ordinador personal. Conèixer els principis de la telemedicina. Utilitzar els sistemes de recerca i de recuperació de la informació biomèdica. Conèixer i aplicar els procediments de documentació clínica. Comprendre i interpretar críticament textos científics. Conèixer els principis del mètode científic, la investigació biomèdica i l'assaig clínic. Conèixer i aplicar els principis de la medicina basada en la (millor) evidència.
- Conèixer els aspectes de la comunicació amb pacients, familiars i el seu entorn social: models de relació clínica, entrevista, comunicació verbal, comunicació no verbal i interferències. Donar males notícies. Redactar històries, informes, instruccions i altres registres, de manera comprensible a pacients, familiars i altres professionals. Realitzar una exposició en públic, oral i escrita, de treballs científics i/o informes professionals.

Mòdul III. Formació Clínica Humana (139 ECTS)

- Reconèixer, diagnosticar i orientar el tractament de les principals patologies de la pell, de la sang, oftalmològiques, d'oïda, de nas i de gola, cardiocirculatòries, nefrourinàries, de l'aparell locomotor, de l'aparell digestiu, de l'aparell respiratori, del sistema endocrí, del sistema nerviós central i perifèric, de la nutrició i del sistema immunitari. Reconèixer, diagnosticar i orientar el tractament de les principals patologies infeccioses en els diferents òrgans i aparells i els principals agents infecciosos i els seus mecanismes d'acció. Reconèixer, diagnosticar i orientar el tractament de les principals intoxicacions. Contracepció i fertilització. Embaràs i part normal i patològic. Exploració i seguiment de l'embaràs. Puerperi. Malalties de transmissió sexual. Conèixer les característiques morfofuncionals del nounat, de l'infant i de l'adolescent. Creixement. Nounats prematurs. Reconèixer, diagnosticar i orientar el tractament de les principals patologies pediàtriques. Nutrició infantil. Diagnòstic i consell genètic. Desenvolupament cognitiu, emocional i psicosocial en la infància i l'adolescència. Conèixer els fonaments biològics, psicològics i socials de la personalitat i de la conducta. Reconèixer, diagnosticar i orientar el tractament dels trastorns psiquiàtrics. Psicoteràpia. Medicina pal·liativa. Saber valorar les modificacions dels paràmetres clínics en les diferents edats. Reconèixer les característiques de la patologia prevalent en l'ancià. Medicina familiar i comunitària: entorn vital de la persona malalta, promoció de la salut en l'àmbit familiar i comunitari. Establir un pla d'actuació, enfocat a les necessitats del pacient i l'entorn familiar i social, coherent amb els símptomes i signes del pacient. Reconèixer, diagnosticar i orientar el tractament de les situacions de risc vital.
- Saber fer una anamnesi completa, centrada en el pacient i orientada a les diverses patologies, i interpretar-ne el significat. Saber fer una exploració física per aparells i sistemes, així com una exploració psicopatològica, i interpretar-ne el significat. Saber fer maniobres de suport vital bàsic i avançat.

Mòdul IV. Procediments Diagnòstics i Terapèutics (27 ECTS)

- Valorar la relació risc/benefici dels procediments diagnòstics i terapèutics. Conèixer les indicacions de les proves bioquímiques, hematològiques, immunològiques, microbiològiques, anatomopatològiques i d'imatge. Conèixer les característiques dels teixits en les diferents situacions de lesió, adaptació i mort cel·lular. Inflamació. Alteracions del creixement cel·lular. Anatomia patològica dels diferents aparells i sistemes. Marcadors bioquímics, citogenètics i de biologia molecular aplicats al diagnòstic clínic. Conèixer els fonaments de la microbiologia i la parasitologia. Conèixer les principals tècniques de diagnòstic microbiològic i parasitològic i interpretar-ne els resultats. Conèixer els fonaments de la interacció de les radiacions amb l'organisme humà. Imatge radiològica. Semiologia radiològica bàsica dels diferents aparells i sistemes. Conèixer altres tècniques d'obtenció d'imatge diagnòstica. Valorar les indicacions i contraindicacions dels estudis radiològics. Tenir la capacitat d'aplicar els criteris de protecció radiològica en els procediments diagnòstics i terapèutics amb radiacions ionitzants. Conèixer els principis i les indicacions de la radioteràpia. Saber interpretar, mitjançant la lectura sistemàtica, una imatge radiològica. Conèixer els principals grups de fàrmacs, dosis, vies d'administració i farmacocinètica. Interaccions i efectes adversos. Prescripció i farmacovigilància. Farmacologia dels diferents aparells i sistemes. Fàrmacs analgèsics, antineoplàstics, antimicrobians i antiinflamatoris. Saber utilitzar els diversos fàrmacs adequadament. Conèixer els principis generals de l'anestèsia i la reanimació. Nutrició i dietoteràpia. Conèixer les indicacions principals de les tècniques electrofisiològiques (ECG, EEG, EMG i altres). Saber fer i interpretar un electrocardiograma i un electroencefalograma. Conèixer la fisiopatologia de les ferides (incloent-hi cremades, congelacions i altres tipus de ferides). Cicatrització. Hemorràgia quirúrgica i profilaxis tromboembòlica. Conèixer les indicacions quirúrgiques generals, el risc preoperatori i les complicacions postoperatòries. Transfusions i trasplantaments. Conèixer els fonaments de la rehabilitació, de la promoció de l'autonomia personal, de l'adaptació funcional de/a l'entorn, i d'altres procediments físics en la morbiditat, per a la millora de la qualitat de vida.
- Saber obtenir i processar una mostra biològica per estudiar-la mitjançant els diferents procediments diagnòstics. Saber interpretar els resultats de les proves diagnòstiques del laboratori. Dominar les tècniques de desinfecció i esterilització. Redactar correctament receptes mèdiques, adaptades a la situació de cada pacient i als requeriments legals. Valorar l'estat nutricional i elaborar una dieta adequada a les diferents circumstàncies. Practicar procediments quirúrgics elementals: neteja, hemostàsia i sutura de ferides.

Mòdul V. Pràctiques Tutelades i Treball de Fi de Grau (60 ECTS)

- Pràctiques preprofessionals, en forma de rotatori clínic independent i amb una avaluació final de competències, en els centres de salut, hospitals i altres centres assistencials, que permeti incorporar els valors professionals, les competències de comunicació assistencial, el raonament clínic, la gestió clínica i el judici crític, així com l'atenció als problemes de salut més prevalents en les àrees de Medicina, Cirurgia, Obstetrícia i Ginecologia, Pediatria, Psiquiatria i altres àrees clíniques.
- Treball de fi de grau: matèria transversal el treball de la qual es farà associat a diferents matèries.